



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CLINIQUE SAINTE MARGUERITE

Avenue Alexis Godillot
83400 HYÈRES

Juin 2013

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
1. Les objectifs de la certification des établissements de santé	5
2. Les niveaux de certification	6
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	8
2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	11
1. Niveau de certification	12
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	13
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	14
4. Critères investigués lors de la visite de certification	15
5. Suivi de la décision	16
3. PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS	18
1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques	21
2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires	23
3. Regard Patient	25
4. SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	25

5. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	28
CHAPITRE 1. : MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	30
PARTIE 1. Management stratégique	31
PARTIE 2. Management des ressources	56
PARTIE 3. Management de la qualité et de la sécurité des soins	97
CHAPITRE 2. : PRISE EN CHARGE DU PATIENT	125
PARTIE 1. Droits et place des patients	126
PARTIE 2. Gestion des données du patient	151
PARTIE 3. Parcours du patient	159
PARTIE 4. Prises en charge spécifiques	209
PARTIE 5. Evaluation des pratiques professionnelles	225
6. INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	232
7. BILAN DES CONTRÔLES DE SECURITE SANITAIRE	234

PREAMBULE

Le rapport dont vous disposez présente les résultats de la procédure de certification de l'établissement par la Haute Autorité de Santé.

1. Les objectifs de la certification des établissements de santé

La certification mise en oeuvre par la Haute Autorité de Santé tous les 4 ans est une procédure d'évaluation externe. Elle est obligatoire et intervient périodiquement tous les 4 ans.

Sur la base d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de Santé (le manuel de certification), elle a pour objectifs :

- La mise en place d'un système d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- L'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères jugés essentiels et qualifiés de pratiques exigibles prioritaires. La mesure de niveau de qualité sur des éléments particuliers est un levier d'amélioration de la qualité,
 - elle complète l'analyse du système par des mesures de la qualité sur des domaines,
 - elle permet de mesurer la cohérence entre la mise en place d'un système d'amélioration et la maîtrise de la qualité sur des points particuliers,
 - elle correspond à une attente des pouvoirs publics et des usagers.

La certification n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques.

Elle ne note pas les professionnels de santé.

Elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par la tutelle.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement.

Le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

Certification	Sans recommandation	La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée. La prochaine procédure de certification est fixée à échéance d'au plus 4 ans.
Certification avec recommandation(s)	Au moins une recommandation	L'établissement doit mettre en oeuvre les mesures préconisées. Il en fournit la preuve soit dans le cadre de la procédure en cours soit en prévision de la prochaine procédure à échéance d'au plus 4 ans.
Certification avec réserve(s)	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)	3 à 12 mois sont laissés à l'établissement pour produire un rapport de suivi sur les sujets concernés et apporter la preuve qu'il s'est amélioré sur ces points.
Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure(s)	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)	L'établissement n'est pas certifié (d'où la dénomination « décision de surseoir »). Il ne le sera que s'il démontre au cours d'une visite de suivi réalisée de 3 à 12 mois après la visite initiale qu'il a significativement amélioré les points de dysfonctionnement constatés.
Non certification	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements	L'établissement n'est pas certifié. La Haute Autorité de Santé examine avec la direction de l'établissement et la tutelle régionale, dans quels délais, il est susceptible de se réengager dans la démarche.

Les décisions et les rapports de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>. Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet). L'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé dispose que le livret d'accueil doit indiquer les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification.

L'établissement de santé doit également mettre chaque année à disposition du public les indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis de manière obligatoire et utilisés dans le cadre de la procédure de certification.

1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CLINIQUE SAINTE MARGUERITE

Adresse : Avenue Alexis Godillot
83400 HYÈRES

Site internet: clinique-sainte-marguerite.fr

Statut : Privé

Type d'établissement : Etablissement privé à but lucratif

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	83	0	19298

Nombre de sites.:	- 1 site
Activités principales.:	- MCO - Dialyse
Activités de soins soumises à autorisation.:	- Activité de médecine - Activité de chirurgie - Activité de chirurgie esthétique - Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale - Traitement du cancer par chirurgie et par chimiothérapie
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:	- Dialyse : Certification AFNOR/AFAQ ISO 9001 obtenue en Août 2000 sur les processus « Production de l'eau pour dilution des solutions concentrées pour hémodialyse / Maintenance et entretien des générateurs de dialyse ». Audit de renouvellement réalisé en Décembre 2012. - Stérilisation : Certification AFNOR/AFAQ ISO 9001 obtenue en Février 2003 sur les processus « Préparation et stérilisation des dispositifs médicaux ». Audit de renouvellement réalisé en Décembre 2012.

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:	- Adhésion au Comité de Coordination en Cancérologie 3C Var Ouest (30/05/2006) - Convention de coopération sanitaire inter-établissements pour la chimiothérapie avec la Clinique Saint-Jean Toulon conformément au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (Juillet 2012) - Convention de coopération sanitaire inter-établissements : « Traitement du cancer » avec l'Institut Paoli Calmettes à Marseille (14/02/2012) - Convention de coopération sanitaire inter-établissements : « Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique Sainte-Marguerite relevant d'un Service d'Urgences / Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique Sainte-Marguerite relevant d'un Service de Réanimation » avec le Centre Hospitalier d'Hyères (09/05/2006) - Convention de coopération sanitaire inter-établissements : « Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique Sainte-Marguerite en cas de panne ou d'immobilisation du scanographe de la Clinique Sainte-Marguerite » avec le Centre Hospitalier d'Hyères (04/09/2006)
--	--

Réorganisation de l'offre de soins

	- Convention de coopération avec l'Association de Dialyse Varoise (A.DI.VA) (24/10/2005) - Convention de coopération sanitaire inter-établissements concernant l'utilisation du TEP-TDM de l'HIA Sainte-Anne (05/09/2007)
Regroupement/Fusion.:	/
Arrêt et fermeture d'activité.:	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	/

2.DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1.Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de Santé prononce la certification.

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, l'ensemble des contrôles et inspections a été réalisé; l'établissement est organisé et déploie des actions pour répondre aux recommandations et avis issus de ces contrôles et inspections.

3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé est effective.

4. Critères investigués lors de la visite de certification

La visite de certification s'est déroulée du 09/04/2013 au 12/04/2013.
L'équipe d'Experts Visiteurs a investigué les critères suivants :

MANAGEMENT STRATÉGIQUE

1.a, 1.f, 2.e

MANAGEMENT DES RESSOURCES

3.b, 5.a, 5.b, 6.b, 6.d, 7.b, 7.e

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

8.a, 8.f, 8.g, 8.h, 9.a

DROITS ET PLACE DES PATIENTS

10.c Court Séjour, 12.a Court Séjour, 13.a Court Séjour

GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

14.a Court Séjour, 14.b Court Séjour, 15.a Court Séjour

PARCOURS DU PATIENT

18.a Court Séjour, 18.b Court Séjour, 19.a Patients porteurs de maladie chronique, 19.b Court Séjour, 19.c Court Séjour, 20.a Court Séjour, 20.a bis Court Séjour, 20.b Court Séjour, 24.a Court Séjour

PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

26.a, 26.b Endoscopie

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

28.a, 28.b, 28.c

5.Suivi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité.

3.PRESENTATION GRAPHIQUE DES RESULTATS

Les synthèses graphiques présentées dans le rapport de certification permettent une représentation visuelle des scores obtenus par l'établissement au regard des critères du manuel de certification.

Trois représentations graphiques permettent d'apprécier le positionnement de l'établissement :

Ensemble des thématiques du manuel

Les critères du manuel de certification sont organisés selon huit parties qui décrivent le management de l'établissement et la prise en charge du patient :

- Management stratégique,
- Management des ressources,
- Management de la qualité et de la sécurité des soins,
- Droits et place des patients,
- Gestion des données du patient,
- Parcours du patient,
- Prises en charge spécifiques,
- Évaluation des pratiques professionnelles,

Ces parties constituent les thématiques qui ont été retenues pour construire un graphique en radar sur la base du score moyen obtenu par l'établissement pour chacune de ces thématiques.

Lorsque le score atteint 90%, la thématique concernée est signalée comme un point fort de l'établissement.

Pratiques exigibles prioritaires

Afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification, des Pratiques Exigibles Prioritaires sont introduites dans le manuel de certification. Ces Pratiques Exigibles Prioritaires sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées. L'étude par l'équipe d'experts-visiteurs du positionnement de l'établissement au regard de ces exigences est systématique et bénéficie d'une approche standardisée. La sélection de ces pratiques est fondée sur l'identification de sujets jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, par la HAS, les parties prenantes et les experts nationaux et internationaux ainsi que sur la capacité de la certification à générer des changements sur ces sujets.

La non-atteinte d'un niveau de conformité important sur ces exigences conduit systématiquement à une décision de certification péjorative voire à une non-certification.

Ces pratiques exigibles prioritaires concernent les critères suivants :

- Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (1.f)
- Gestion des fonctions logistiques au domicile (6.g)
- Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (8.a)
- Gestion des évènements indésirables (8.f)
- Maîtrise du risque infectieux (8.g)
- Système de gestion des plaintes et des réclamations (9.a)
- Prise en charge de la douleur (12.a)
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (13.a)
- Gestion du dossier du patient (14.a)
- Accès du patient à son dossier (14.b)
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15.a)
- Prise en charge somatique des patients (17.b)
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (20.a)
- Prise en charge médicamenteuse du patient (20.a bis)
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25.a)
- Organisation du bloc opératoire (26.a)
- Organisation des autres secteurs

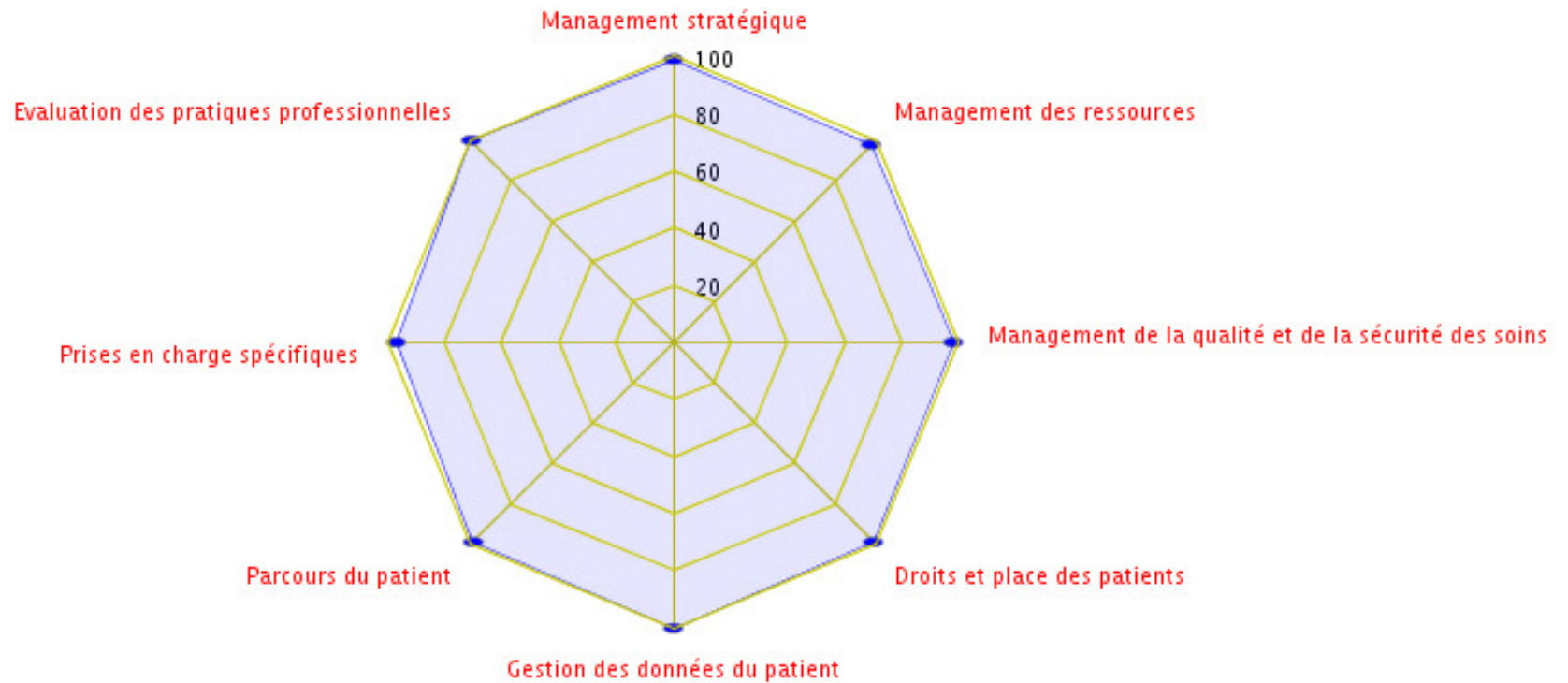
Le graphique en radar est construit en reportant, pour chacune des pratiques exigibles prioritaires, le score obtenu par l'établissement.

[Critères sélectionnés par les représentants des usagers](#)

Le troisième graphique présente, sous forme d'histogramme, les scores obtenus sur des critères sélectionnés par les représentants des associations d'usagers comme répondant à des attentes prioritaires en matière de prise en charge du patient :

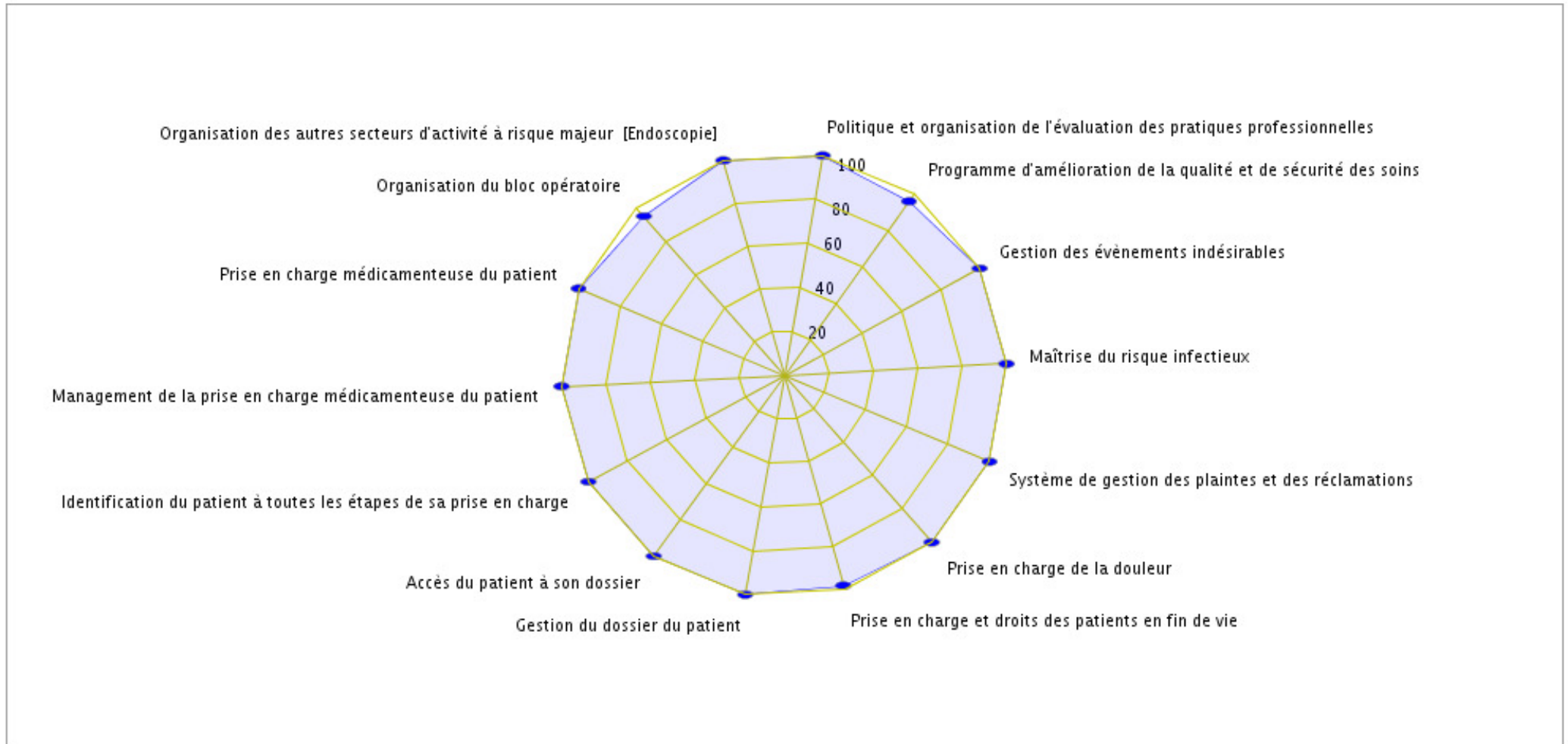
- Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a),
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- Respect de la confidentialité des informations relatives au patient (10c),
- Accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- Information du patient sur son état de santé et les soins proposés (11a),
- Consentement et participation du patient (11b),
- Information du patient en cas de dommage lié aux soins (11c),
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (15a),
- Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé (17a),
- Continuité et coordination de la prise en charge des patients (18a),

1. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble des thématiques

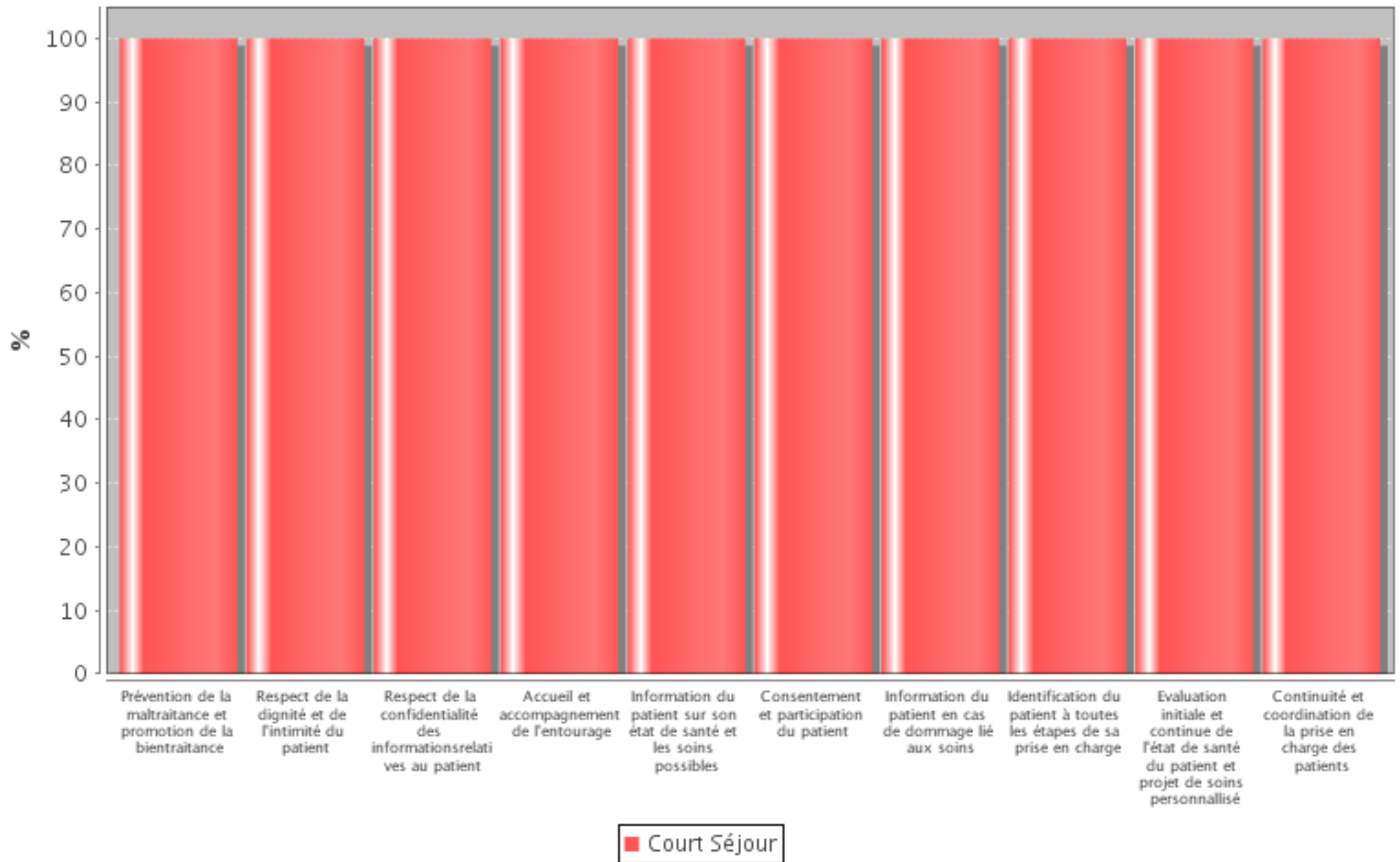


Les libellés des points fort (> 90%) sont en rouge.

2. Le positionnement de l'établissement sur les Pratiques Exigibles Prioritaires



3. Regard patient



4.SUIVI DES PRECEDENTES DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

CET ETABLISSEMENT N'A FAIT L'OBJET D'AUCUNE DECISION LORS DE LA PRECEDENTE PROCEDURE.

5.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.a Valeurs, missions et stratégie de l'établissement

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les orientations stratégiques sont élaborées, en concertation avec les parties prenantes en interne et en externe.	Oui	
La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le cas échéant, le projet médical de territoire.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont déclinées dans les orientations stratégiques.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différentes politiques (ressources humaines, système d'information, qualité et sécurité des soins, etc.) sont déclinées, en cohérence avec les orientations stratégiques.	Oui	

L'établissement met en place des partenariats, en cohérence avec les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire et les orientations stratégiques.	Oui	
Les valeurs et les missions de l'établissement sont communiquées au public et aux professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique.	Oui	
L'établissement fait évoluer ses partenariats sur la base des évaluations réalisées.	Oui	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.b Engagement dans le développement durable

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic développement durable a été établi par l'établissement.

Oui

Un volet développement durable est intégré dans les orientations stratégiques.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

La stratégie, liée au développement durable, est déclinée dans un programme pluriannuel.

Oui

Le personnel est sensibilisé au développement durable et informé des objectifs de l'établissement.

Oui

L'établissement communique ses objectifs de développement durable aux acteurs sociaux, culturels et économiques locaux.	En grande partie	
Le développement durable est pris en compte en cas d'opérations de construction ou de réhabilitation.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme pluriannuel fait l'objet d'un suivi et de réajustements réguliers.	Oui	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.c Démarche éthique

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels ont accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'établissement, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.

Oui

Les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Les professionnels de l'établissement de santé sont sensibilisés à la réflexion éthique.

Oui

Les questions éthiques se posant au sein de l'établissement sont traitées.

Oui

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un état des lieux des questions éthiques liées aux activités de l'établissement est réalisé.	Oui	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.d Politique des droits des patients

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers, et de la qualité de la prise en charge (CRU).	Oui	
Des formations sur les droits des patients, destinées aux professionnels, sont organisées.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Des actions d'évaluation et d'amélioration en matière de respect des droits des patients sont mises en œuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CRU.	Oui	
---	-----	--

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.e Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée dans les orientations stratégiques.	Oui	
L'instance délibérante statue au moins une fois par an sur cette politique.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est diffusée dans l'établissement.	Oui	
Des objectifs et des indicateurs, validés par la direction, sont déclinés à l'échelle de l'établissement et par secteur d'activité.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU.	Oui	

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.f
Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Oui

La stratégie de développement de l'EPP est formalisée dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du projet d'établissement. Les choix des thèmes définis en CME le sont en fonction des orientations stratégiques et des enjeux des prises en charge de l'établissement. Le choix des EPP retenues est fait après consensus entre la direction et les médecins. Les démarches sont déployées dans tous les secteurs d'activité, et leur suivi est organisé par l'intégration d'indicateurs définis. L'accompagnement des professionnels est assuré. L'établissement communique sur l'avancement des travaux auprès des professionnels, dans les différentes instances, sur son site Internet et dans son bulletin d'information.

Une concertation, entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP, est en place.

Oui

La concertation sur la stratégie de l'EPP est assurée par la CME, entre les professionnels du soin et les gestionnaires. Le fait que la fonction de direction soit assurée par un médecin, joue un rôle facilitateur dans le dispositif mis en place. Le choix des thèmes favorise l'harmonisation des pratiques dans l'établissement et permet un travail transversal avec les autres établissements du groupe afin de

	Oui	comparer leurs pratiques.
Les missions et les responsabilités sont définies, afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	Les différentes missions et responsabilités (organisation, coordination, accompagnement, suivi des démarches et communication) sont définies. Leur formalisation apparaît dans la politique EPP. Chaque EPP est pilotée par un médecin, la participation est pluriprofessionnelle, l'organisation, la coordination, l'accompagnement, le suivi et la communication sont gérés par une référente EPP, assistante de direction qualité.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en œuvre de l'EPP.	Oui	Les pilotes des démarches EPP bénéficient d'un accompagnement méthodologique apporté par l'expertise de la référente EPP, assistante de direction qualité formée à la méthodologie. L'accompagnement est adapté aux besoins des professionnels. Toutes ses interventions sont formalisées dans les comptes-rendus de réunions. L'assistante de direction qualité propose des outils méthodologiques, évalue leur compréhension et analyse les résultats pour apporter un accompagnement optimum.
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	La CME assure le suivi des démarches et évalue les actions engagées. Le correspondant médical, président de la CME, assure le lien avec ses confrères. La CME se réunit au minimum quatre fois par an et plus si la nécessité l'exige. De plus, trois fois par an, la tenue d'une revue de direction s'assure de l'avancée des démarches. Lors de ces réunions, une analyse est également réalisée sur les indicateurs, et des résultats des audits de suivi des secteurs d'activité, en plus des démarches EPP retenues en cours.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	Les professionnels de l'établissement sont informés du développement des EPP et de leurs résultats par l'intermédiaire du site Internet de la clinique, dans un espace dédié aux professionnels, ainsi que par la diffusion du

	Oui	bulletin d'information interne. Les résultats des EPP, repris dans les comptes-rendus de la CME, apparaissent sur l'espace professionnel du site Internet.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Chaque instance (CLAN, CLUD, CLIN, COMEDIMS, CSTH, conseil de bloc) est destinataire du suivi des EPP de son secteur. Le suivi général de toutes les EPP est assuré en CME et en revue de direction qui regroupe les responsables de chaque secteur d'activité.
La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.	Oui	Le suivi des démarches étant assuré par la CME, c'est dans cette instance qu'est prise la décision de réviser la stratégie de développement des EPP en cours. Certaines sont arrêtées après analyse des résultats qui ne nécessitent pas d'amélioration des pratiques, d'autres sont poursuivies sous un abord différent considéré plus pertinent ou donnent lieu à un suivi d'indicateurs spécifiques. La révision de la stratégie porte sur l'écart entre les objectifs, les actions engagées et les résultats obtenus.

Référence 1: La stratégie de l'établissement

Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont périodiquement informés sur la mise en oeuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	
Des activités sont organisées, au cours desquelles les thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions, forums, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation des patients, etc.).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La direction et le président de la CME suivent le développement de la culture qualité et sécurité dans l'établissement.	Oui	
---	-----	--

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne

Critère 2.a

Direction et encadrement des secteurs d'activités

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes de l'établissement et des différents secteurs d'activité sont définis.	Oui	
Les circuits de décision et de délégation sont définis.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont diffusés auprès des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les organigrammes et les circuits de décision et de délégation sont révisés à périodicité définie.	Oui	
--	-----	--

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne

Critère 2.b Implication des usagers, de leurs représentants et des associations

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée.	Oui	
Une politique de coopération avec les acteurs associatifs est définie.	Oui	
Un dispositif de recueil des attentes des usagers est organisé.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les représentants d'usagers participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU.	Oui	

L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.	Oui	
Les attentes des usagers sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteurs d'activité ou d'établissement.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de participation des usagers est évalué et amélioré.	Oui	

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne

Critère 2.c Fonctionnement des instances

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les instances consultatives et délibérantes sont réunies à périodicité définie, et saisies sur toutes les questions qui relèvent de leurs compétences.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les ordres du jour et procès-verbaux des instances sont communiqués au sein de l'établissement.	Oui	
Les instances sont informées des suites données à leurs avis et décisions.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le fonctionnement des instances est évalué (bilan, programme d'actions, suivi des actions, etc.).	Oui	
---	-----	--

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne

Critère 2.d Dialogue social et implication des personnels

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La concertation avec les partenaires sociaux est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions favorisant l'implication et l'expression du personnel sont mises en oeuvre au sein des secteurs d'activité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dialogue social est évalué à périodicité définie.	Oui	

Référence 2: L'organisation et les modalités de pilotage interne

Critère 2.e
Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord comprennent des indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés à la conduite du projet d'établissement.	Oui	
L'établissement a défini une stratégie de communication des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les tableaux de bord sont examinés au sein des instances, réunions de direction de l'établissement et des secteurs d'activité.	Oui	
Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, et rendus publics par l'établissement de santé.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi.	Oui	
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires (comparaison externe et interne).	Oui	

PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.a Management des emplois et des compétences

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité.	Oui	
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie dans les différents secteurs d'activité en lien avec les orientations stratégiques.	Oui	
Les compétences spécifiques pour les activités à risques ou innovantes sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des dispositions sont mises en œuvre, afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.	Oui	

L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre.	Oui	
Un plan de formation est mis en œuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée, et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	Oui	
Le dispositif de gestion des compétences est réajusté, en fonction de l'atteinte des objectifs des secteurs et de l'évolution des activités, notamment en cas d'innovation diagnostique et thérapeutique.	Oui	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.b Intégration des nouveaux arrivants

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.c Santé et sécurité au travail

Le CHSCT est obligatoire dans tous les établissements publics et privés d'au moins cinquante salariés. En dessous de cinquante salariés, les missions du CHSCT sont assurées par les délégués du personnel.

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.	Oui		
Le document unique est établi.	Oui		
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre, en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.	Oui		

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en œuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie, sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	Oui	
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

Référence 3: La gestion des ressources humaines

Critère 3.d Qualité de vie au travail

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.	Oui	
Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.	Oui	
La satisfaction du personnel est évaluée.	Oui	

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.a Gestion budgétaire

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et, s'il y a lieu, de recettes, selon une procédure formalisée.	Oui	
Ces objectifs tiennent compte des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement conduit une analyse des coûts, dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les objectifs prévisionnels de dépenses et de recettes sont suivis infra-annuellement, et donnent lieu, si nécessaire, à des décisions de réajustement.	Oui	
---	-----	--

Référence 4: La gestion des ressources financières

Critère 4.b Amélioration de l'efficience

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement fixe chaque année des objectifs d'amélioration de l'efficience de ses organisations.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement conduit des études ou des audits sur ses principaux processus de production.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les résultats des études ou des audits donnent lieu à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.	Oui	

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.a Système d'information

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un schéma directeur du système d'information est défini, en cohérence avec les orientations stratégiques, et en prenant en compte les besoins des utilisateurs.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides.

Oui

Le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.

Oui

E3 Evaluer et améliorer

Réponses aux EA

Constats

Le système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	
--	-----	--

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.b Sécurité du système d'information

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La sécurité des données est organisée (définition des responsabilités, formalisation et diffusion des procédures, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Il existe un plan de reprise permettant d'assurer la continuité des activités en cas de panne.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif de sécurité du système d'information est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

Référence 5: Le système d'information

Critère 5.c Gestion documentaire

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un dispositif de gestion documentaire est en place.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif est connu des professionnels.	Oui	
Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.	Oui	
Le système de mise à jour des documents est opérationnel.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif est évalué, et fait l'objet d'actions d'amélioration.	Oui	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.a Sécurité des biens et des personnes

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont identifiées.	Oui	
Les responsabilités en matière de sécurité des biens et des personnes sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les situations identifiées font l'objet de dispositifs de sécurité adaptés (installations, équipements, consignes, sensibilisation et formation).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le niveau de sécurité des biens et des personnes est évalué, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	
---	-----	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.b Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La maintenance curative des équipements et des infrastructures est organisée.	Oui	
L'établissement dispose d'un programme de maintenance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les opérations de maintenance curative et préventive assurées en interne et par des sociétés extérieures sont tracées, et permettent un suivi des opérations.	Oui	
Le dépannage d'urgence des équipements et des infrastructures est opérationnel.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le programme de maintenance est évalué et révisé à périodicité définie.	Oui	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.c Qualité de la restauration

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Il existe une organisation permettant, dès l'admission du patient, de recueillir ses préférences alimentaires.	Oui	
Les attentes des professionnels en matière de restauration sont recueillies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les préférences des patients sont prises en compte.	Oui	
Des solutions de restauration sont proposées aux accompagnants.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction des consommateurs concernant la prestation restauration est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.d Gestion du linge

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le circuit du linge est défini.	Oui	
Les besoins par secteur sont quantifiés, et incluent les demandes en urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La gestion du linge assure le respect des règles d'hygiène.	Oui	
Les approvisionnements correspondent aux besoins des secteurs.	Oui	

Des contrôles bactériologiques et visuels du linge sont réalisés.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction sur la qualité du linge fourni au patient est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.e Fonction transport des patients

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les transports respectent les exigences d'hygiène et de sécurité.	Oui	
Les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La mesure de la satisfaction et les délais d'attente relatifs à la fonction transport (interne et externe) des patients sont évalués à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	
--	-----	--

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.f Achats écoresponsables et approvisionnements

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les besoins des secteurs d'activité sont évalués sur les plans quantitatif et qualitatif, en associant les utilisateurs.	Oui	
La politique d'achat et de relation avec les fournisseurs prend en compte les principes applicables à un achat écoresponsable.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité utilisateurs sont approvisionnés à périodicité définie et en cas d'urgence.	Oui	
L'établissement initie une démarche d'achat écoresponsable pour certains produits ou services.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des outils de suivi et d'évaluation de la politique d'achat sont mis en place.	En grande partie	

Référence 6: La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures

Critère 6.g
Gestion des fonctions logistiques au domicile



Ce critère est applicable uniquement à la prise en charge en HAD.

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement de santé détermine un processus permettant la mise à disposition des matériels médicaux adaptés aux besoins des patients.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
En cas de rupture d'un produit, des solutions de substitution sont prévues.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Les modalités de transport des différents matériels et médicaments sont formalisées.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
En cas de prestation extérieure, une convention de collaboration est formalisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Pour les équipements majeurs (susceptibles de mettre en danger la vie du patient en cas de dysfonctionnement), une maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est organisée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Pour les patients à haut risque vital, l'HAD s'assure de leur signalement à « Electricité Réseau Distribution France ».	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le matériel délivré est conforme à la commande et adapté à la prise en charge.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'approvisionnement en urgence du patient est assuré.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
L'établissement s'assure que les locaux de stockage sont adaptés et entretenus, conformément à la réglementation.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents processus logistiques (internes ou externes) sont évalués, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La maintenance 24 h/24 et 7 j/7 est évaluée.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

La satisfaction du patient relative aux fonctions logistiques à son domicile est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
La satisfaction des intervenants au domicile, en lien avec les fonctions logistiques, est évaluée à périodicité définie, et conduit à des actions d'amélioration.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.a Gestion de l'eau

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est définie, et validée par l'EOH ou le CLIN (ou équivalent).

Oui

La nature des effluents et les risques qu'ils génèrent sont identifiés.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance préventive et curative des installations, élaboré avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), est mis en oeuvre.

Oui

Des contrôles périodiques de l'eau sont menés en lien avec l'EOH ou le CLIN (ou équivalent), et tracés.

Oui

Un suivi des postes de consommation d'eau est assuré.	Oui	
Un suivi des différents types de rejet est assuré.	En grande partie	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.b Gestion de l'air

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une politique est définie en vue d'assurer la maîtrise du risque infectieux dans les zones à environnement maîtrisé.	Oui	
L'établissement est engagé dans la réduction des émissions atmosphériques globales.	En grande partie	
Des dispositions sont prévues en cas de travaux.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un plan et des procédures de surveillance et de maintenance de la qualité de l'air, en concertation avec l'EOH ou la CME et le CHSCT, sont mis en oeuvre.	Oui	

La traçabilité des différentes interventions est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les paramètres de la qualité de l'air font l'objet d'un suivi périodique.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.c Gestion de l'énergie

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un diagnostic énergétique est réalisé.

Oui

Une politique de maîtrise des consommations et des dépenses d'énergie est définie.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Un plan de maintenance des installations est mis en oeuvre.

Oui

Un programme d'actions hiérarchisées de maîtrise de l'énergie est mis en oeuvre.

En grande partie

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi périodique est réalisé.	Oui	
Une réflexion sur l'utilisation des sources d'énergie renouvelable est engagée.	Oui	

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.d Hygiène des locaux

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les actions à mettre en œuvre, afin d'assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité, sont définies avec l'EOH ou la CME.	Oui	
En cas de sous-traitance, un cahier des charges définit les engagements sur la qualité des prestations.	Oui	
Les responsabilités sont identifiées, et les missions sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation périodiques sont menées.	Oui	

Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des évaluations à périodicité définie sont organisées avec l'EOH ou la CME.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	

Référence 7: La qualité et la sécurité de l'environnement

Critère 7.e Gestion des déchets

Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement a catégorisé et quantifié sa production de déchets et d'effluents.

Oui

La politique en matière de déchets est définie, en concertation avec les instances concernées.

Oui

Les procédures de gestion des déchets sont établies.

Oui

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

Constats

Le tri des déchets est réalisé.

Oui

Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont organisées.	Oui	
Le patient et son entourage sont informés des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Des mesures de protection du personnel sont mises en application pour la collecte et l'élimination des déchets.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les dysfonctionnements en matière d'élimination des déchets sont identifiés et analysés.	Oui	
Des actions d'évaluation et d'amélioration relatives à la gestion des déchets sont conduites.	Oui	
L'établissement a identifié les filières locales de valorisation possible des déchets.	En grande partie	

PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.a
Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.	Oui	Le programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé et décliné dans les différents plans d'actions mis en oeuvre pour appliquer la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la clinique. Il est régulièrement suivi lors des revues de direction quadrimestrielles qui représentent l'outil de management commun entre la direction et les responsables de secteurs d'activité et des réunions du comité de pilotage (COFIL), instance réunissant la direction et les responsables des secteurs d'activité dans le cadre du suivi des certifications HAS, ainsi qu'au décours des travaux des différentes instances institutionnelles : CME, CLIN, COVIGERIS, CRUQ, CLUD, CLAN, CSTH, CHSCT... Ce programme intègre des audits pour le maintien de la certification AFNOR/AFAQ ISO 9001 sur des processus à risques et le suivi du système de management de la qualité avec la gestion et la maîtrise documentaires ainsi que le déploiement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	Les différentes instances, et plus particulièrement la revue de direction, prennent en compte la conformité à la réglementation avec une veille réglementaire systématique réalisée par la cellule qualité. Les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents, identifiés dans le cadre du signalement des événements indésirables et analysés par le COVIGERIS, sont également pris en compte par les instances et viennent incrémenter le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en continu.
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	En grande partie	Le dispositif d'accréditation des médecins est pris en compte lors de la procédure d'accueil de tout nouveau praticien, et l'attestation HAS d'engagement du praticien dans une démarche d'accréditation (dans le cas où il est engagé dans le dispositif) constitue un des éléments du dossier à fournir à l'établissement. La direction a intégré le suivi annuel de ces attestations pour les praticiens. Ceux-ci sont également informés qu'en cas de déclaration d'événements porteurs de risques médicaux (EPR) auprès de leur organisme, il est important qu'une déclaration soit également faite auprès de la clinique par l'intermédiaire d'une fiche de signalement d'événement indésirable, et ce afin d'être pris en compte dans le cadre du COVIGERIS, d'une RMM ou d'un CREX. Une évaluation annuelle du dispositif d'accréditation des praticiens de la clinique est réalisée en CME. Cependant, l'établissement n'a pas encore recueilli toutes les accréditations des médecins qui interviennent dans la clinique depuis de nombreuses années et qui n'ont pas spontanément fourni leur attestation à la direction.
Le programme est soumis aux instances.	Oui	La plupart des responsables ou présidents d'instances dont le président de la CME, participent aux revues de direction, et suivent l'état d'avancement du programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de chaque secteur d'activité, chaque quadrimestre. La présence du président de la CME permet un retour d'informations en CME, et le programme d'amélioration de la qualité fait l'objet

	Oui	d'un point régulier lors des réunions de celle-ci. La diffusion du bilan annuel et du programme décidé lors de la réunion de direction du premier quadrimestre de chaque année aux différentes instances est en cours de réalisation.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	<p>Les revues de direction quadrimestrielles permettent à chaque responsable de secteur d'activité ou de processus de soutien (qualité et gestion des risques ; ressources humaines ; hygiène) de présenter l'état d'avancement de son plan d'actions selon un schéma standardisé concernant les items suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ressources humaines : effectifs, plannings théoriques et réels, événements particuliers, indicateurs, formations ; - locaux maintenance équipements : plans, travaux, inventaire, matériels, besoins ; - système d'information : matériels et logiciels, sécurité, besoins et événements ; - gestion des risques : événements indésirables majeurs, suivi des fiches d'écart ; - évolutions réglementaires qualité : suivi certifications HAS, procédures, bilans des évaluations, indicateurs ; - plan d'actions qualité : actions prioritaires à réaliser. <p>Tous ces items, constituant le plan d'actions de chaque secteur d'activité, sont examinés à la lumière des constats, mesures, commentaires, analyses, décisions prises, actions à mener, responsables d'actions, échéances, dates de réalisation.</p> <p>L'ensemble des plans d'actions constitue le compte-rendu de la revue de direction et le programme d'amélioration de la qualité de l'établissement.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des plans d'action des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le suivi des plans d'actions de tous les secteurs d'activité est assuré au cours des revues de direction quadrimestrielles avec le rapport des responsables d'actions et le suivi des échéances prévues. Ce dispositif est renforcé par le suivi des plans d'actions des instances transversales en cohérence

	Oui	avec celui de la revue de direction dans la mesure où la plupart des responsables/représentants ou présidents d'instances participent aux revues de direction. Le suivi de plans d'actions plus spécifiques tels que ceux issus des CREX et RMM ou fiches d'écart est également assuré lors de ces mêmes revues.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée chaque année lors de la première revue de direction de l'année à partir d'un bilan de performances de l'année écoulée présenté pour chaque secteur d'activité ou processus. Ce dispositif de bilan annuel est également appliqué dans le cadre des différentes instances.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le programme est réajusté par la direction en fonction des résultats des bilans annuels présentés en revue de direction par chaque responsable de secteur d'activité ou de processus et lors des différentes instances.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.b

Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie dans l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles, autour de l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins sont évaluées.	Oui	

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

**Critère 8.c
Obligations légales et réglementaires**

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une veille réglementaire est organisée par un responsable identifié.	Oui	
La direction établit un plan de priorisation des actions à réaliser à la suite des contrôles internes et externes. Ce plan prend en compte la parution de nouvelles exigences réglementaires.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement met en œuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires, en fonction du plan de priorisation.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La direction assure un suivi du traitement des non-conformités.	Oui	
---	-----	--

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.d Evaluations des risques à priori

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue les risques dans les secteurs d'activité.	Oui	
Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de prévention, d'atténuation et de récupération pour les activités de soins à risques sont mises en place.	Oui	
Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi de la mise en œuvre de ces actions est réalisé à périodicité définie.	Oui	
L'analyse de leur efficacité est réalisée.	Oui	

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.e
Gestion de crise

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les situations de crise sont identifiées.	Oui	
Une organisation destinée à faire face aux situations de crise est mise en place et diffusée à l'ensemble des professionnels concernés.	Oui	
Les plans d'urgence sont établis.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Une cellule de crise est opérationnelle.	Oui	

Les procédures d'alerte pour les situations de crise et les plans d'urgence sont opérationnelles.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'appropriation des procédures est évaluée, à la suite de la réalisation d'exercices de gestion de crise ou par d'autres moyens adaptés.	Oui	
Il existe un système de retour d'expérience à la suite de ces exercices.	Oui	

Critère 8.f
Gestion des évènements indésirables



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Oui

Une organisation centralisée de la gestion des risques est en place (COVIGERIS comité de vigilance et de gestion des risques, direction des vigilances, cellule de vigilance). Elle est régie par une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables, la procédure générale commune des établissements du groupe, qui décrit les modalités de signalement immédiat des événements indésirables mineurs et majeurs au sein de l'établissement ainsi que la déclaration "a priori" d'un risque. Elle concerne toute personne (membres du personnel et/ou praticiens) susceptible de déclarer un événement indésirable quel qu'il soit, pouvant perturber le fonctionnement de l'établissement, ou perturber la prise en charge immédiate des patients dans un secteur défini (bloc opératoire, dialyse, etc.). La déclaration s'effectue à l'aide d'un formulaire d'enregistrement, disponible en version papier dans les classeurs gestion des risques (dans les infirmeries et les bureaux) ou en version informatique, imprimable à partir du site Internet de l'établissement. Il s'agit d'une fiche de signalement immédiat sur la base d'une observation au titre

	Oui	d'un simple constat. Les causes (immédiates et profondes) sont étudiées au moment de l'enquête. Le déclarant évalue le degré de gravité ou d'importance de l'événement afin de définir l'action corrective immédiate, un événement sans gravité induira une demande d'intervention plus ou moins urgente. Dans le cas contraire, des premières mesures seront prises, les personnes responsables ou référentes sont contactées selon une instruction de travail définie et en place (conduite à tenir dans le cadre du signalement d'un événement indésirable de gravité majeure). Le recueil des événements indésirables est coordonné par la cellule de vigilance qui réceptionne les fiches par télécopie, prend connaissance de l'événement, analyse et transmet la fiche au(x) destinataire(s) pour traitement. L'établissement met également en oeuvre d'autres systèmes de recueil d'événements indésirables : l'analyse des questionnaires de satisfaction et l'analyse des plaintes/réclamations patients (gérées par la CRU), les alertes de vigilances (gérées par le COVIGERIS), les EIG et les EIR (gérés par le CSTH), les IAS (gérés par le CLIN)...
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	La procédure de signalement d'événement indésirable et le formulaire de déclaration font partie des procédures obligatoires expliquées lors de l'accueil d'un nouvel arrivant dans l'établissement. A chaque évolution du document et lors de sa diffusion, une information est donnée à l'ensemble du personnel. Des rappels sont fréquemment réalisés via le bulletin d'information de l'établissement. Comme pour tout besoin en formation, le recueil des besoins en formation gestion des risques s'effectue lors des entretiens annuels et après avis du COVIGERIS lors de l'élaboration du plan de formation avec la commission de formation.

<p>Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.</p>	<p>Oui</p>	<p>La direction des vigilances, composée du directeur responsable des vigilances (coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins) et de deux assistantes qualité vigilances, titulaires d'un Master, ont suivi des formations spécifiques, assurant un appui méthodologique permanent auprès de l'encadrement et des personnels. Le plan de formation est également alimenté de leurs besoins en formation (exemple en 2012 : formation « Gestion des risques »). Des formations sont régulièrement dispensées aux responsables de secteurs.</p>
<p>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée, en associant les acteurs concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Quotidiennement, les déclarations d'événements indésirables sont analysées par la direction des vigilances, et saisies pour enregistrement au sein du logiciel GFEI (gestion des fiches d'événements indésirables). Pour chaque fiche d'événement indésirable (EI), sont saisis les renseignements suivants : date de réception ; établissement émetteur ; service secteur émetteur ; fonction qualité du déclarant ; processus concerné ; type d'EI ; gravité ; instance concernée ; variété de l'EI ; sujet de l'EI ; référence V2010 de l'EI ; type de l'événement indésirable (catastrophe, accident, presque accident/précurseur/événement sentinelle, incident dysfonctionnement) ; gravité de l'événement indésirable (catastrophique, critique, majeure, significative, mineure).</p> <p>Ces deux derniers items permettent de catégoriser les événements indésirables en événement indésirable "Majeur" et "Mineur". Une analyse AMDEC est mise en oeuvre en associant les acteurs concernés pour les événements majeurs, et une analyse plus fine selon la méthode des 5M peut également être réalisée ; une fiche écart est alors ouverte. Une rubrique « Traitement » permet d'évaluer la criticité du dysfonctionnement. Une présentation régulière des événements indésirables graves est faite lors des revues de direction quadrimestrielles, notamment pour les secteurs à risques comme le bloc opératoire. Le COVIGERIS présente trois fois par an un bilan de l'analyse de l'ensemble des déclarations, et des décisions sont prises en fonction des</p>

	Oui	résultats de cette évaluation.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite des analyses.	Oui	Une fiche d'écart permet le suivi du processus d'amélioration. Après une analyse des causes, une rubrique planification dans la fiche d'écart permet de planifier les actions à mener, de désigner les responsables d'actions pour la réalisation de ces actions et de définir les échéances ainsi que de vérifier leur mise en oeuvre et l'obtention du résultat escompté. Ces actions correctives peuvent alimenter le programme d'actions de l'instance concernée et, de ce fait, le plan d'amélioration de la qualité. Le suivi de ce programme est assuré par les différentes instances concernées et en revue de direction.
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	Les événements indésirables récurrents alimentent la cartographie des risques étudiée au cours des revues de direction et autres instances. La fiche d'écart comprend une étape d'analyse des causes. Les RMM et CREX complètent ce dispositif.
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Oui	Une colonne vérification sur la fiche d'écart, permet de suivre si l'action a été réalisée. La personne chargée de vérifier la réalisation de l'action doit renseigner les colonnes « date de vérification » et « visa ». Le résultat est jugé efficace lorsque les actions réalisées ont permis d'atteindre l'objectif fixé. La cartographie des risques permet de constater ou non si après les actions correctives mises en place le nombre d'événements concernés a diminué. Au niveau des périmètres certifiés (Certification AFNOR/AFAQ ISO 9001), le suivi des indicateurs est un moyen de mesurer l'efficacité des actions correctives, renforcé par la réalisation d'audits (interne et externe). Des audits sont également réalisés dans tous les secteurs d'activité.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.g
Maîtrise du risque infectieux



Cette grille est applicable dans les établissements disposant du score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales généralisé par le ministère de la Santé ou dans les établissements exclus du classement par ce même ministère pour absence de surveillance des infections du site opératoire.

Cotation	A	
Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score agrégé	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	

Critère 8.h
Bon usage des antibiotiques



Cotation	A	
Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales	Classe associée à la valeur du score ICATB	Constats
Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.	A	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	
La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.	Oui	

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

**Critère 8.i
Vigilances et veille sanitaire**

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes, est en place.	Oui	
Une coordination, entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement, est organisée.	Oui	
Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales), nationales de vigilance et de veille sanitaire.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.	Oui	

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.j
Maîtrise du risque transfusionnel

Ce critère est applicable uniquement aux établissements ayant une activité transfusionnelle.

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les procédures relatives à la maîtrise du processus transfusionnel sont mises en oeuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La pertinence d'utilisation des produits sanguins labiles est évaluée.	Oui	

La maîtrise du processus transfusionnel est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	
--	-----	--

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.k Gestion des équipements biomédicaux

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a défini un système de gestion des équipements biomédicaux, comprenant un plan pluriannuel de remplacement et d'investissement.	En grande partie	
Une procédure (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence), permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique, est formalisée et opérationnelle.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le système de gestion des équipements biomédicaux est mis en oeuvre, sous la responsabilité d'un professionnel identifié.	Oui	
La maintenance des équipements biomédicaux critiques est assurée, et les actions sont tracées.	Oui	

Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux.	En grande partie	
Les patients et leurs familles sont informés de la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (alarme, etc.) des équipements biomédicaux installés au domicile.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La gestion des équipements biomédicaux est évaluée, et donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

Référence 9: La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers

Critère 9.a
Systeme de gestion des plaintes et des réclamations



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
A		
La gestion des plaintes et des réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).	Oui	L'établissement a défini une organisation pour la gestion des plaintes et des réclamations. Une procédure est en place qui prévoit la centralisation de la gestion des plaintes et des réclamations. Le responsable des relations avec les usagers est identifié. Le registre unique des plaintes est géré par le secrétariat de la direction générale. La composition et le fonctionnement de la CRU sont définis par une procédure accessible sur Internet. Les usagers sont informés de l'existence de la commission par le livret d'accueil ou sur le site Internet de l'établissement.
Le système de gestion des plaintes et des réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.	Oui	L'établissement a mis en place un formulaire "Signalement d'événements indésirables" qui prévoit le risque de plainte. Le règlement intérieur de la CRU prévoit que dans le cas de risque de plainte ou de réclamation, le personnel de la clinique complète le formulaire prévu à cet effet. Le support d'information à destination du personnel est disponible sur le site Intranet de même que son guide d'utilisation.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.	Oui	En cas de réclamation ou de plainte, la procédure prévoit que celles-ci sont traitées en lien avec le personnel concerné. Cette exigence s'applique aux praticiens et aux professionnels de santé par le biais de leur responsable de service. Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant de même qu'à la mise en place d'actions correctives si nécessaire.
Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.	Oui	La cellule de gestion des réclamations et de plaintes traite toutes les réclamations et/ou plaintes en relation avec la CRU. L'établissement a mis en place une procédure qui prévoit systématiquement une première réponse au plaignant l'informant de la prise en compte de sa demande. Après enquête auprès des professionnels concernés, une réponse argumentée est adressée au plaignant l'informant, si besoin est, de la mesure corrective apportée. En cas de besoin, une proposition de médiation est effectuée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, incluant le suivi du délai de réponse au plaignant, contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.	Oui	Les informations quantitatives et qualitatives relatives aux plaintes et réclamations sont mises à la disposition de la CRU. Les comptes-rendus des réunions trimestrielles de la CRU font état des données relatives aux plaintes et réclamations. Les résultats des analyses sont détaillés par typologies, par service et analyse des délais de réponse. Les améliorations réalisées ou proposées sont également retracées dans le compte-rendu annuel de la CRU et examinées dans les réunions quadrimestrielles des revues de direction.

Référence 9: La gestion des plaintes et l'évaluation de la satisfaction des usagers

Critère 9.b Evaluation de la satisfaction des usagers

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en lien avec la CRU.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La satisfaction des usagers est évaluée selon une méthodologie validée.	Oui	
Les secteurs d'activité et les instances, dont la CRU, sont informés des résultats des évaluations de la satisfaction.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au niveau des secteurs d'activité, et font l'objet d'un suivi.	Oui	
La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est revue à partir des résultats de l'évaluation.	Oui	

CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.a - Court Séjour
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.	Oui	
Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.	Oui	
La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	Oui	

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	Oui	
Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.	Oui	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.b - Court Séjour
Respect de la dignité et de l'intimité du patient**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du respect de la dignité et de l'intimité des patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	
--	-----	--

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.c - Court Séjour

Respect de la confidentialité des informations relatives au patient

Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect de la confidentialité.	Oui	
Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'établissement évalue le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.	Oui	
Des actions d'amélioration, en matière de respect de la confidentialité des informations relatives au patient, sont menées.	Oui	

Référence 10: La bientraitance et les droits**Critère 10.d - Court Séjour
Accueil et accompagnement de l'entourage**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies.	Oui	
Une organisation permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visites, etc.) pour l'entourage.	Oui	
L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien, dans les situations qui le nécessitent.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction de l'entourage donne lieu à des actions d'amélioration en lien avec la CRU.	Oui	
Un bilan d'activité annuel du service social et du service de soutien psychologique, comprenant les actions d'amélioration réalisées, est établi.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 10: La bientraitance et les droits

Critère 10.e - Court Séjour

Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.	Oui	
Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.	Oui	
Les projets médicaux ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier celle d'aller et venir (isolement et contention, mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.	Oui	
La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.	Oui	
La réflexion bénéfico-risque et la recherche du consentement du patient ou de son entourage, concernant les restrictions de liberté, font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, intégrée dans le projet de soins personnalisé.	Oui	
Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le respect des bonnes pratiques, en matière de préservation des libertés individuelles et de restriction de liberté, est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).	Oui	
Des actions d'amélioration, portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté, sont mises en place.	Oui	

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.a - Court Séjour****Information du patient sur son état de santé et les soins possibles**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation, relative à l'information donnée au patient, est définie.	Oui	
Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des modalités spécifiques d'information sont mises en oeuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé, en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation (HDT, HO, injonction thérapeutique, etc.).	Oui	

L'accès à des ressources d'informations diversifiées (support écrit, espace d'information, etc.) est facilité.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la satisfaction du patient, quant à l'information reçue, donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**Critère 11.b - Court Séjour
Consentement et participation du patient**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation est définie, permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée.	Oui	
Des interventions visant la recherche d'adhésion du patient au projet de soins sont réalisées dans les cas d'hospitalisation sans consentement, d'injonction thérapeutique ou de refus de soins.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'évaluation du recueil du consentement du patient donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	
---	-----	--

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.c - Court Séjour
Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.	Oui	
Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Oui	
--	-----	--

Référence 12: La prise en charge de la douleur

Critère 12.a - Court Séjour
Prise en charge de la douleur



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement, en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Oui

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans tous les secteurs d'activité. Le CLUD, créé en 2001, coordonne et met en oeuvre la lutte contre la douleur aiguë et/ou chronique des patients tant au niveau de la prévention, de la surveillance, de l'information, de la formation et de l'évaluation. Il propose ses orientations à la validation de la CME, de la COMEDIMS et de la direction des soins infirmiers. Il se réunit autant de fois que nécessaire avec au minimum deux réunions annuelles. Il présente un bilan annuel aux instances.

Des protocoles analgésiques, issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, au patient, à la douleur induite par les soins, sont définis.

Oui

Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique sont en place. Ils sont élaborés et validés par le CLUD. Ils concernent la douleur aiguë et/ou chronique. Ils sont adaptés aux différents types de chirurgie, à la douleur induite par les soins ou la maladie. Les protocoles sont évalués tous les ans et sont intégrés au suivi informatisé du patient. La prise en charge de la douleur cancéreuse est initiée dès la consultation en oncologie ambulatoire par l'infirmière qui remet au patient un questionnaire concernant le recueil de données de sa douleur. Il peut être

	Oui	fait appel à la psychologue, aux kinésithérapeutes, à la sophrologue ou réflexologue pour aider le patient par des moyens non médicamenteux.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Le président du CLUD, anesthésiste réanimateur, organise annuellement des formations internes sur la prise en charge de la douleur à l'intention des IDE et des ASQ. Des formations sont aussi accessibles par le réseau douleur PACA Ouest. Deux IDE diplômées du DIU Douleur interviennent auprès des soignants au cours de leurs activités pour soutenir leur motivation et implication dans le prise en charge de la douleur tant sous sa forme aiguë que chronique de diverses origines.
Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.	Oui	Sans qu'il y ait un véritable programme d'éducation thérapeutique, les différents secteurs d'activité mettent en place des actions éducatives pour le patient à la prise en charge de sa douleur. Une EPP a permis de réfléchir aux actions mises en place, par exemple pour les patients bénéficiant d'un traitement antalgique morphinique autocontrôlé. Dès la consultation d'anesthésie, le médecin explique au patient le protocole de prise en charge de sa douleur en s'appuyant sur des supports spécifiques présentant les différentes échelles d'évaluation. Une présentation du CLUD est accessible sur le livret d'accueil du patient, sur le livret d'information remis au patient et sur les panneaux d'affichage dans l'établissement. Le personnel lors de l'admission du patient commente avec lui les différents documents et répond à ses questions. Pour les enfants, des supports plus "ludiques" comportant informations et conseils éducatifs sont remis aux parents après échanges avec l'enfant.

La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur" et de sa valeur de 100 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [100 % - 100 %] pour la campagne de recueil 2011.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Traçabilité de l'évaluation de la douleur", il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéroévaluation) sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Les moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants sont identifiés. Les professionnels disposent d'échelles spécifiques pour les enfants de 1 à 7 ans, pour les patients adultes non communicants présentant une douleur aiguë postopératoire, pour la personne âgée présentant des troubles de communication verbale.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.	Oui	Les responsables des secteurs d'activité réalisent des audits de connaissance sur l'utilisation des outils. Les grilles d'audit sont formalisées et validées par le CLUD. En fonction des résultats, des séances de formation sont organisées. Les audits de connaissance sont réalisés trois fois par an. Les résultats sont transmis au CLUD, en revue de direction, et restitués aux soignants sur le site Internet et dans les services par l'encadrement.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie au plan institutionnel.	Oui	La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel grâce aux différents indicateurs mis en place après les audits de connaissances, et de pratique. La qualité et l'efficacité de cette prise en charge sont également recherchées auprès des patients en leur soumettant un questionnaire spécifique.

Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	Les résultats des indicateurs IPAQSS, des audits de pratique, des audits de formation et l'analyse des réponses au questionnaire de satisfaction remis aux patients, entraînent des actions d'amélioration. Celles-ci sont toujours validées et suivies par le CLUD.
L'établissement participe à des partages d'expériences sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.	Oui	Le groupement des établissements Sainte Marguerite a créé un inter-CLUD auquel participe la clinique Sainte Marguerite. Elle adhère au réseau douleur régional PACA Ouest. Annuellement, l'établissement participe à l'analyse de la prise en charge de la douleur avec l'ensemble des établissements publics et privés de la région adhérents au réseau.

Référence 13: La fin de vie

Critère 13.a - Court Séjour
Prise en charge et droits des patients en fin de vie



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation, permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie, est en place.

Oui

L'établissement ne dispose pas de lits identifiés "soins palliatifs" mais une démarche est mise en place pour la prise en charge des patients dont l'état de santé justifie une stratégie de soins permettant de préserver la qualité de vie en fin de vie. Les patients en insuffisance rénale terminale, les patients traités pour le cancer par la chirurgie ou les cytotoxiques sont susceptibles de bénéficier de l'organisation mise en place lors de l'évolution de leur maladie. L'organisation permet de disposer de protocoles pour les douleurs aiguës et chroniques, validés par le CLUD, de matériel adapté à la prise en charge des patients en fin de vie, de la possibilité de faire appel au kinésithérapeute pour des massages de confort et techniques de relaxation, à la psychologue, à la diététicienne et aux soins de support. Les visites des familles sont libres. Le personnel est formé à l'accompagnement des patients en fin de vie.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.

Oui

La possibilité de formuler ses directives anticipées est indiquée dans le livret d'accueil en rappelant la loi Leonetti du 22 avril 2005, et les volontés du patient peuvent être recueillies tout au long de son séjour par les équipes

	Oui	pluridisciplinaires. Le patient peut en faire la demande aux médecins, aux IDE comme aux AS, aux ASH qui sont formés pour pouvoir répondre au patient. Un document spécifique peut lui être proposé pour rédiger ses directives anticipées. Si le patient le souhaite, la psychologue peut venir en parler avec lui. Le comité d'éthique qui se réunit deux fois par an, a réfléchi et travaillé sur l'annonce au patient de la nécessité d'être pris en charge en soins palliatifs.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	Le livret d'accueil permet au patient d'être informé sur ses droits d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou des traitements de réanimation et sur ses droits d'établir des directives anticipées. Les documents spécifiques sur "droits et fin de vie" et "directives anticipées" apparaissent sur le site Internet de la clinique ; ils peuvent si nécessaire être imprimés par l'équipe et proposés au patient. En cas de rédaction de directives anticipées, elles seront intégrées au suivi informatisé du patient. Un protocole de limitation ou d'arrêt de traitements actifs rédigé et connu de tous les professionnels concernés est à disposition des soignants.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.	Oui	Des projets de prise en charge personnalisée sont définis quotidiennement avec les médecins lors de leur visite : soulagement de la douleur, soutien psychologique, respect de refus de traitement, respect des croyances. Si le patient le souhaite, un retour à domicile peut être organisé avec l'accord de ses proches et l'appui des relais associatifs, d'un service social et de la psychologue qui peut aider à la prise de décision. La psychologue organise des groupes de parole pour les soignants et propose des suivis individuels s'ils sont souhaités. Toutes les semaines des réunions collégiales pluridisciplinaires sur la fin de vie sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients.

<p>Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur la démarche palliative.</p>	<p>Oui</p>	<p>La formation "accompagnement du patient en fin de vie" est dispensée tous les ans au personnel recevant les patients en fin de vie. Une IDE du service de médecine recevant des patients atteints du cancer en phase terminale a été reçue au DIU de soins palliatifs en 2011. L'espace éthique méditerranéen sous l'égide du comité central national d'éthique propose des formations et des conférences régulières auxquelles participent les responsables de soins et les personnels soignants de l'établissement.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les secteurs concernés organisent des réunions pluriprofessionnelles pour discuter des problèmes des patients. En médecine, une réunion hebdomadaire est organisée pour évaluer et optimiser la prise en charge, en la personnalisant. En service de chirurgie, des réunions collégiales sont organisées à l'occasion des visites médicales quotidiennes dans les cas de fin de vie. A chaque fois, les décisions sont tracées dans le suivi du patient.</p>
<p>Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en œuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>La psychologue de l'établissement anime des groupes de parole tous les deux mois. Elle assure également des entretiens individuels et des groupes de régulation d'équipes. L'existence de ces espaces de dialogue permet aux soignants de s'exprimer sur les situations difficiles rencontrées dans leur exercice professionnel aussi bien auprès des patients et leur proches que des autres professionnels. Ces différents moyens d'expression permettent d'assurer un soutien aux professionnels en cas de crise et au quotidien.</p>
<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients en fin de vie. Un document consultable sur le site Internet de l'établissement informe les professionnels sur les droits des patients en fin de vie et sur les directives anticipées. L'information est reprise dans le bulletin interne d'octobre 2012. Les informations sont redonnées lors des réunions de la commission d'éthique et lors des commissions du service des soins infirmiers.</p>

L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.	Oui	L'établissement a rejoint le réseau régional par son adhésion à l'association "Pour les Soins Palliatifs PACA". Certains de ses membres, faisant partie d'une EMSP, peuvent être contactés par les équipes soignantes dans le cadre de l'association. Si le patient ou sa famille souhaite un retour à domicile, les médecins et les soignants facilitent ce retour en collaboration avec des associations "réseau pour le retour à domicile" qui font aussi le lien avec le médecin traitant. L'équipe soignante met l'entourage en contact avec les associations s'il le souhaite.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).	En grande partie	L'évaluation de la prise en charge des patients en fin de vie est réalisée par l'intermédiaire des instances comme le CLUD, le CLAN, la CME, la commission éthique et également lors de RMM concernant la fin de vie. Cependant, pour l'instant, l'évaluation de la prise en charge de la fin de vie au sein de l'établissement, ne fait pas l'objet d'une évaluation globale.
Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.	Oui	La réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements est mise en place dans les secteurs d'activité concernés. Cette réflexion a abouti à l'élaboration d'une procédure sur la limitation ou l'arrêt des traitements actifs. Les soignants disposent aussi de documents sur les droits des patients en fin de vie.
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	Les différentes instances CLUD et CLAN mettent en œuvre, chacune dans leur domaine, des actions d'amélioration au service de la prise en charge des patients en fin de vie. L'établissement reconstruit le service de médecine en l'agrandissant. Il n'y est prévu que des chambres particulières et des espaces d'accueil pour mieux répondre aux besoins des patients et des familles des patients en fin de vie.

PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Court Séjour
Gestion du dossier du patient



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.	Oui	Des procédures formalisées définissent les règles de tenue des dossiers selon les types de prise en charge (hospitalisation, ambulatoire, chimiothérapie et dialyse). Les procédures sont mises à disposition des professionnels sur le site Intranet de l'établissement. De plus, les responsables de service s'assurent de la connaissance des procédures et de leur bonne application au travers des réunions de services ou des audits internes.
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou d'hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.	Oui	Les règles d'accès aux dossiers ont fait l'objet de procédures qui prévoient les modalités de circulation des dossiers et permettent de localiser le dossier à tout moment afin d'en favoriser l'accès. L'informatisation du dossier patient permet un accès immédiat et sécurisé aux données du patient. L'information relative à l'accès au dossier est centralisée au niveau du médecin DIM. Les modalités d'archivage sont définies par une procédure qui précise les règles de classement et les délais de conservation sur le site de l'établissement. Les procédures sont diffusées aux personnels concernés. La bonne application des procédures

	Oui	est vérifiée par les responsables de service soit par des réunions de service soit par la réalisation d'audits réguliers.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Tenue du dossier patient" et de sa valeur de 95 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [93 % - 97 %] pour la campagne de recueil 2011.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	Oui	La procédure du circuit du dossier patient définit les modalités de communication du dossier entre les différents professionnels de santé. Cette procédure prend en compte la situation du patient au moment de la communication des données (durant le séjour, lors du retour à domicile, en cas de transfert vers un autre établissement). Après la sortie du patient, toutes les informations relatives au séjour du patient sont communiquées au médecin DIM qui centralise les dossiers. La publication de compte-rendu d'hospitalisation dans le DMP n'est pas réalisée dans la mesure où le DMP n'est pas fonctionnel, non du fait de l'établissement qui a mis en place les moyens pour le faire mais en raison de l'application nationale. Le seuil fixé pour 2013 semble non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Tenue du dossier patient". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation : information sur le consentement éclairé, identitovigilance, délais d'attente lors de l'admission. De même, l'établissement réalise régulièrement de nombreux audits ciblés afin de vérifier le niveau de qualité des prises en charge des patients et de mettre en place de manière très réactive des actions correctives. Les revues quadrimestrielles sont effectuées en revues de direction.

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	Les résultats des évaluations sont suivis de mises en place d'actions correctives. La coordination et le suivi des mises en oeuvre sont examinés quadrimestriellement en comité de direction.
---	-----	---

Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.b - Court Séjour
Accès du patient à son dossier



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
A		
L'accès du patient à son dossier est organisé.	Oui	L'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure formalisée. Un formulaire de traçabilité du suivi de la demande a été mis en place. Le suivi de la demande est assurée par le département de l'information médicale (DIM) en concertation avec les médecins responsables du patient, le médecin DIM et la direction de la clinique. Toutes les étapes de la démarche sont tracées, tous les documents sont classés et archivés dans un dossier spécifique. La procédure prend en compte les cas spécifiques tels que les ayants droit et patients particuliers (psychiatrie...).
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient est informé des droits d'accès à son dossier.	Oui	Le patient est informé des droits d'accès à son dossier ainsi que des modalités d'accès. Ces informations sont présentes dans le livret d'accueil du patient de même que sur le site Internet de la clinique. L'espace professionnel réservé aux praticiens et au personnel de la clinique met à disposition de tous, les informations sur ce sujet.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.	Oui	La procédure "Modalités d'accès aux informations du dossier patient" intègre les éléments relatifs aux délais réglementaires à respecter. Le médecin DIM est la personne référente qui s'assure du bon respect des délais de transmission des données. Le formulaire "Suivi de la demande d'information ou de copie du dossier médical" assure la traçabilité du suivi des délais.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Trimestriellement, un bilan et une évaluation du suivi des demandes de communication des dossiers sont élaborés et communiqués à la CRU. Selon les résultats de ces bilans, et si nécessaire, des actions d'amélioration sont réalisées.
La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.	Oui	Les évaluations trimestrielles du suivi des demandes et des délais de communication sont adressées à la CRU. Le bilan annuel reprenant l'ensemble des informations est communiqué à la CRU conformément à la réglementation. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont également intégrées dans le bilan annuel.

Référence 15: l'identification du patient

Critère 15.a - Court Séjour
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge, sont définis.	Oui	Une organisation a été mise en place pour garantir la fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. La politique d'identitovigilance a été définie par la direction et validée par la CME. L'AGI (autorité de gestion de l'identité ou cellule d'identitovigilance) a mis en place une charte de fonctionnement et défini un responsable de l'identitovigilance. La cartographie des risques liés à l'identitovigilance a été établie par secteur d'activité dans le cadre de la procédure. L'identitovigilance fait partie intégrante du COVIGERIS.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Les responsables de secteurs ont suivi des formations spécifiques à l'identitovigilance et ont sensibilisé l'ensemble du personnel administratif et soignant. Les procédures intégrant des points d'identitovigilance sont soulignées par un logo spécifique à chaque étape du processus. Des affiches et des informations sont données par le bulletin d'information interne et garantissent une sensibilisation

	Oui	régulière des professionnels. Les documents et comptes-rendus de l'AGI sont disponibles sur le site Internet de la clinique.
Le personnel de l'accueil administratif met en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	Oui	Les procédures administratives décrivent les modalités de vérification de l'identité du patient pour chaque secteur. L'identification du patient est assurée à toutes les étapes de sa prise en charge au moyen d'un document officiel d'identité lors de la pré-admission, lors de l'entrée du patient avec l'attribution d'un numéro d'identifiant permanent et unique (NIP) attribué par le logiciel de gestion des admissions.
Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.	Oui	Lors de l'admission dans le service de soins, l'accueil personnalisé du patient par une secrétaire d'accueil ou par le personnel soignant, un nouveau contrôle oral est réalisé permettant le rapprochement avec le document officiel de l'identité. Pour garantir l'identification des patients dans le respect de la confidentialité, la pose systématique d'un bracelet d'identification est effectuée dès l'entrée dans le service de soins d'hospitalisation. Ce bracelet est conservé par le patient durant toute la durée de son séjour. De même, lors des transferts internes ou externes, lors des prélèvements par le laboratoire, lors de la réalisation d'acte d'imagerie ou du passage au bloc opératoire, le personnel soignant applique le contrôle oral du patient par question directe (nom, prénom, date de naissance) renforcé par la vérification du bracelet.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Oui	Des audits de pratique et des audits de formation sur l'identitovigilance sont réalisés tous les quadrimestres. Les résultats sont analysés en COVIGERIS et présentés en revue de direction. En octobre 2012, un comité de retour d'expérience (CREX) est venu compléter ce dispositif.

PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 16: l'accueil du patient**Critère 16.a - Court Séjour
Dispositif d'accueil du patient**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des modalités d'accueil du patient sont définies, notamment celles qui concernent la remise du livret d'accueil.	Oui	
L'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées.	Oui	
Des dispositions sont prises afin d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions de prise en charge.	Oui	

Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient.	Oui	
Le délai prévisible de prise en charge est annoncé.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le dispositif d'accueil du patient est évalué.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec la CRU.	Oui	

Référence 17: l'évaluation de l'état de santé du patient

Critère 17.a - Court Séjour

Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé, et prend en compte l'ensemble de ses besoins.	Oui	
L'organisation des prises en charge en fonction des objectifs de soins permet aux patients hospitalisés sans consentement et aux détenus l'accès aux activités thérapeutiques.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	Oui	
Un projet de soins personnalisé est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).	Oui	

La réflexion bénéfico-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisé.	Oui	
Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient, en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont conduites pour s'assurer de la traçabilité des informations.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place en fonction des résultats des évaluations.	Oui	

Référence 17: l'évaluation de l'état de santé du patient

Critère 17.b
Prise en charge somatique des patients



Ce critère est applicable uniquement à la prise en charge en santé mentale.

Cotation		NA
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge somatique est formalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Le recours aux avis spécialisés est organisé et formalisé.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation initiale du patient comprend un volet somatique.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
Un suivi somatique du patient est organisé tout au long de la prise en charge.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge somatique est évaluée, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.

Référence 18: La continuité et la coordination des soins**Critère 18.a - Court Séjour****Continuité et coordination de la prise en charge des patients**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis, afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24.	Oui	
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.	Oui	
Des modalités de transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs d'activité collaborent pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.	Oui	

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur, lorsque l'état du patient le nécessite.	Oui	
Un ou des professionnels référents sont désignés pour la prise en charge du patient.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.	Oui	

Référence 18: La continuité et la coordination des soins

Critère 18.b - Court Séjour

Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
	A	
La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.	Oui	
Cette procédure est remise et expliquée au patient ou à son entourage.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.	Oui	
Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement.	Oui	

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes âgées

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Patients porteurs de maladie chronique Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA		Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA		Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA		Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Enfants et adolescents

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes atteintes d'un handicap Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA		Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA		Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA		Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes démunies

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats	
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats	
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	Oui		
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats	

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.a - Personnes détenues

Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé, et comprend notamment un repérage et une évaluation des besoins.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La sensibilisation/formation des professionnels, concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques, est mise en oeuvre.	NA	
La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	NA	
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.	NA	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.b - Court Séjour
Troubles de l'état nutritionnel



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés.	Oui	
L'établissement organise la coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge, en lien avec le CLAN ou son équivalent.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'éducation à la santé, dans le domaine nutritionnel, sont mises en oeuvre auprès des patients et de leur entourage.	Oui	
Les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient à l'admission.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels" et de sa valeur de 100 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [100 % - 100 %] pour la campagne de recueil de 2011.

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité du dispositif de prise en charge est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Dépistage des troubles nutritionnels". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.c - Court Séjour Risque suicidaire

Ce critère est applicable à tous les établissements de santé.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement assure la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge de ces patients.	Oui	
Les professionnels sont formés à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.	Oui	
Tout suicide ou tentative de suicide, intervenant dans le temps de la prise en charge, fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle, en particulier psychiatrique, et formalisée.	Oui	
Le travail en réseau permet la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient.	Oui	

Référence 19: Les prises en charge particulières

Critère 19.d Hospitalisation sans consentement

Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé habilités à accueillir des personnes hospitalisées sans leur consentement (hospitalisation à la demande d'un tiers [HDT], hospitalisation d'office [HO]).

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'information de toute personne hospitalisée sans consentement (HDT ou HO), sur les modalités de son hospitalisation et les possibilités de recours, est organisée.	NA	
Les procédures d'hospitalisation sans consentement sont définies.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Une sensibilisation et une formation des professionnels à ces modalités d'hospitalisation sont mises en place.	NA	
Des procédures d'hospitalisation sans consentement sont mises en oeuvre.	NA	

L'adhésion du patient à sa prise en charge est recherchée, tout au long de son hospitalisation.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les modalités des hospitalisations sans consentement sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	NA	
La CRU est tenue informée de l'ensemble des dysfonctionnements survenus au cours de la totalité du processus d'hospitalisation sans consentement, jusqu'à la levée de la mesure et des visites de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).	NA	

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a - Court Séjour
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.

Oui

L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de façon concertée. Cette politique comporte des directives, des objectifs précis, et des indicateurs de suivi. Sa mise en oeuvre se fait au travers d'une instance émanant de la CME multidisciplinaire, organisée et structurée qui se réunit trois fois par an : la COMEDIMS. Le programme d'actions de cette instance répond aux missions du règlement intérieur de la COMEDIMS en s'assurant que les processus participant à la sécurité du médicament sont en place en respectant les engagements du contrat de bon usage et la réglementation en vigueur tout en participant à la formation continue des professionnels sur cette thématique.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégrée au système d'information hospitalier, est défini.

Oui

La prise en charge médicamenteuse est totalement informatisée dans le cadre du SIP (suivi informatisé du patient). Ce système est intégré au schéma directeur du système d'information.

Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	Des outils d'aide à la prescription et à l'analyse pharmaceutique, ainsi qu'à l'administration des médicaments sont intégrés dans le logiciel du suivi informatisé du patient telle une banque de données, accessible et consultable par tous les praticiens et soignants dans le cadre de l'accès au SIP, ceci, tant dans chaque unité de soins qu'à distance par connexion sécurisée. D'autres outils y sont associés tels qu'un guide d'utilisation du SIP (suivi informatisé du patient) en ligne sur les sites Internet de l'établissement, un livret thérapeutique mis à jour une fois par an lors de la réunion de la commission locale du livret thérapeutique, des protocoles d'antibioprophylaxie/avec évaluation de ces protocoles au moyen de la grille d'audit HAS, et le guide du nouveau prescripteur. Les procédures sont validées par la direction générale et mises en ligne sur le site Internet de la clinique et/ou à disposition des professionnels dans les services.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	Oui	Le bilan de la répartition des événements indésirables (EI) majeurs est présenté lors de chaque COVIGERIS et en revue de direction. Le point sur les EI en lien avec le circuit du médicament et des dispositifs médicaux est effectué en COMEDIMS. La sensibilisation et la formation des professionnels sur le risque d'erreurs médicamenteuses sont mises en oeuvre au travers des actions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - réalisation en collaboration avec l'ARS d'un diaporama mis en ligne sur le site Internet de la clinique ; - diffusion de la plaquette ARS « Prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses » accompagnée de sessions de formations (transposition de cet outil sous forme de e-Learning Elisa) pour l'ensemble du personnel soignant ; - bulletin d'information interne de la clinique ; - mise à jour du site Internet (veille réglementaire/RBU...) ; - diffusion des notes d'information ; - une fois par an, le pharmacien s'assure de la bonne connaissance de la procédure Dantrium® par tous les professionnels de santé ;

	Oui	- et une enquête "Connaissance du contrat de bon usage" est régulièrement réalisée par la PUI dans tous les services permettant de sensibiliser les professionnels.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	L'informatisation de la prescription, de la dispensation et de l'administration est déployée dans toutes les unités de soins (taux de lits et places avec prescription complète informatisée et saisie systématique dans les unités de soins = 100 % (rapport CBUM)).
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, est réalisé.	Oui	La COMEDIMS élabore des plans d'actions suivis contenant des indicateurs notamment ceux du rapport d'étape du CBU. L'établissement réalise : - des audits relatifs au chapitre « Politique de bon usage » demandés dans le cadre du CBU selon la méthodologie régionale ; - des audits IPAQSS (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) ; - des enquêtes « PUI - Mesure de la satisfaction et Ecoute des services de soins » ; - des enquêtes « Connaissance CBU » ; L'établissement utilisant des molécules onéreuses de la liste en sus s'est engagé également à faire un suivi et une évaluation périodique de l'utilisation de ces spécialités (suivi des consommations, suivi financier, suivi des indications). Il participe aux recueils de données demandés par l'OMIT. Tous ces résultats sont présentés lors de la COMEDIMS qui se réunit de façon transversale avec les autres établissements du groupe et permet un benchmarking interne.
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.	Oui	Le recueil des événements indésirables, en lien avec les erreurs médicamenteuses, est effectué par la cellule de vigilance selon les modalités définies par la gestion des risques dans le cadre de l'analyse et transmission des fiches de signalement des événements indésirables par la cellule

	Oui	de vigilance. L'analyse des événements indésirables est réalisée par le directeur responsable des vigilances, lui-même pharmacien et coordonnateur des risques vigilances de tous les établissements du groupe Sainte Marguerite. Un bilan de la répartition des événements indésirables (EI) majeurs est présenté lors de chaque COVIGERIS et en revue de direction. Le point sur les EI en lien avec le circuit du médicament et des dispositifs médicaux est effectué en COMEDIMS, après gestion et analyse de l'incident sur le site concerné avec les professionnels concernés. La mise en place d'un CREX (comité de retour d'expérience) "médicament" complète ce système ainsi que des RMM s'il y a lieu.
Des actions d'amélioration sont mises en place à la suite des différentes évaluations effectuées et de l'analyse des erreurs, avec rétro-information des professionnels.	Oui	Le traitement d'un dysfonctionnement peut nécessiter l'ouverture d'une fiche d'écart, en fonction de la gravité et/ou de la récurrence du dysfonctionnement ou de la nécessité de planifier plusieurs actions. Une analyse de causes du dysfonctionnement est réalisée a minima à partir de la méthode des 5M. Le détail de ce fonctionnement est décrit dans la référence relative à la gestion des événements indésirables. Le CREX PECM (comité de retour d'expérience, prise en charge médicamenteuse) met en oeuvre des actions d'amélioration sur les événements porteurs de risque.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Court Séjour
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Oui

La prescription des traitements est effectuée sur le SIP (suivi informatisé du patient) avec identification par clef biométrique. La procédure « Prescription/administration » définit les modalités d'utilisation des supports de prescription et d'administration en vigueur dans l'établissement et ceux intégrés dans le SIP. Seules les prescriptions réalisées sur le SIP sont délivrées par la pharmacie et administrées par le personnel de l'établissement. Un document de formation à l'attention des prescripteurs a été édité et est accessible sur le site Internet de la clinique. Un logiciel de prescription spécifique et informatisée est également en place dans les services d'oncologie et de dialyse.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.

Oui

Le logiciel de suivi informatisé du patient (SIP) permet la continuité des soins, de la consultation du praticien jusqu'à la sortie du patient en prenant en charge la prescription et le recueil du traitement personnel jusqu'à l'ordonnance de sortie. Des règles en matière de traitement personnel sont définies. Aucun traitement médicamenteux n'est laissé à disposition du patient.

<p>Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.</p>	<p>Oui</p>	<p>Afin d'accéder au SIP, les pharmaciens s'identifient à l'aide de leur clé biométrique, et les préparateurs en pharmacie se connectent au logiciel à l'aide d'un code commun qui leur a été attribué. Le service pharmacie a accès à la prescription nominative informatisée du patient. Au moment de l'analyse, le pharmacien a connaissance de l'intégralité du traitement du patient (support unique) afin de lui permettre l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance ainsi que la délivrance des médicaments hors dotation d'urgence. Dans le SIP, le service pharmacie a accès aux informations techniques sur le médicament, peut rechercher les équivalents (avec différents niveaux d'équivalence), ou rechercher les génériques des produits prescrits. La dispensation des médicaments est effectuée par un pharmacien ou, sous sa responsabilité, par un préparateur en pharmacie en présence effective d'un pharmacien. Les médicaments en délivrance nominative individuelle font l'objet d'une double vérification de concordance entre médicament prescrit et médicament prêt à être délivré. Ceux-ci sont délivrés dans un conditionnement individualisé par patient. Si, lors de la délivrance, le service pharmacie émet des commentaires ou conseils sur les traitements délivrés (ex. : substitution, délivrance d'un générique, délivrance d'un dosage différent de celui noté sur la prescription, précautions...), ceux-ci seront portés sur la copie de la prescription nominative informatisée. Ce document annoté est faxé au service et conservé dans le dossier patient. Le transport des produits pharmaceutiques entre la pharmacie et les unités de soins se fait dans des conteneurs clos assurant la sécurité du contenu. La chaîne du froid est respectée pour les médicaments le nécessitant (sortie du réfrigérateur au moment de la délivrance ; transport entre la pharmacie et le service de soins à l'aide de contenants isothermes munis de packs réfrigérés ; rangement immédiat dans le réfrigérateur dès l'arrivée dans le service de soins). Une dotation pour besoins urgents est définie et validée.</p>
---	------------	--

Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	La procédure « Prescription/administration » définit les modalités d'utilisation des supports de prescription et d'administration en vigueur dans l'établissement et ceux intégrés dans le SIP. La traçabilité informatique est organisée avec une identification par clef biométrique pour chaque professionnel. Les médicaments sont administrés par des infirmiers diplômés d'état ou les praticiens. Un document de formation à l'attention des soignants est accessible sur le site Internet de la clinique. Le logiciel SIP donne toutes les informations nécessaires à l'administration. Des protocoles d'administration et de surveillance sont intégrés dans le logiciel SIP.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	Oui	Compte tenu de la valeur du critère "Rédaction des prescriptions pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" et de sa valeur de 100 % pour la campagne de recueil 2011.
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	Oui	Le déploiement de l'analyse pharmaceutique et de la délivrance nominative est effectif : - nombre de lits, places bénéficiant de l'analyse pharmaceutique de traitement complet du patient = 100 % (rapport CBUM) ; - état d'avancement de la délivrance nominative = 100 % (rapport CBUM) ; - les éventuels commentaires pharmaceutiques sont portés sur les prescriptions ou transmis par messagerie. La trace de l'analyse pharmaceutique est enregistrée au regard des prescriptions, et visible par les soignants.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	La préparation des médicaments cytotoxiques est centralisée au sein d'une URCC (unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques) autorisée par l'ARS, située au sein du service d'oncologie où a lieu l'administration de ces traitements. Elle est effectuée, dans le respect des bonnes pratiques de fabrication, par un préparateur en pharmacie formé, assisté par un infirmier du service d'oncologie, sous

	Oui	la responsabilité d'un pharmacien. Le transport des médicaments cytotoxiques vers l'URCC est assuré par la PUI dans un emballage spécifique clos.
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	En cas de situations nécessitant une information des patients ou d'une recherche de renseignements nécessitant sa participation, le pharmacien se déplace dans l'unité de soins. Les personnels infirmiers tracent dans les transmissions ciblées l'acte d'information du patient au cours du soin. De façon générale, des plaquettes d'information sont distribuées aux patients, et des informations précises sont portées dans le livret d'accueil du patient (LAP) ainsi que dans le livret d'information du patient (LIP). Des livrets d'information spécifique sur l'utilisation des AVK et leur surveillance sont en cours d'élaboration dans le service d'hémodialyse et feront l'objet d'une information ciblée pour les patients concernés (action d'information sur une thématique collective).
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui	Le logiciel (SIP) permet l'enregistrement, en temps réel, de toute administration de médicament. La traçabilité informatique est réalisée grâce à une identification par clef biométrique. Les médicaments sont administrés par des infirmiers diplômés d'état ou les praticiens. Le logiciel SIP donne toutes les informations nécessaires à l'administration, et des protocoles d'administration et de surveillance sont intégrés dans le logiciel SIP.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	L'établissement évalue les objectifs prévus au CBU selon le guide régional d'audits. Sont réalisés, chaque année, dans le cadre du chapitre « Politique du bon usage » des audits de pratique (dispensation des médicaments et gestion du traitement personnel du patient) et des audits sur dossier relatifs au circuit du médicament (prescription et administration). Une grille de recueil spécifique est prévue pour chaque audit et permet de générer de façon

	Oui	automatique un bilan des résultats. Ces bilans sont transmis avec le rapport d'étape annuel. Pour les objectifs relatifs aux chimiothérapies, une grille de recueil spécifique est également mise à disposition et permet une évaluation régulière.
Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	Des EPP sur la pertinence de certaines prescriptions sont en place. Le CBU recense les actions de bon usage mises en place et recueillies chaque année dans le rapport d'étape. Des actions d'amélioration issues de l'analyse des événements indésirables permettent de mettre en oeuvre des pistes d'amélioration en matière de bon usage.

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.b - Court Séjour Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé

Ce critère est applicable uniquement aux établissements prenant en charge des patients âgés de plus de 65 ans.

Cotation		A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA		Constats
L'établissement dispose d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.	Oui		
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA		Constats
Des données de référence, permettant une prescription conforme, sont mises à la disposition des professionnels.	Oui		
Des actions de sensibilisation ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui		
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA		Constats

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration et leur suivi sont mis en œuvre.	Oui	

Référence 21: La prise en charge des analyses de biologie médicale

Critère 21.a - Court Séjour

Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles, relatives au circuit du traitement des examens de biologie médicale ou d'anatomo-cytopathologie, sont définies en concertation entre les secteurs d'activité clinique et le laboratoire.	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen de biologie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils et conseils d'aide à la prescription, aux prélèvements et au transport, sont mis à disposition et connus des professionnels.	Oui	
Les demandes d'analyse sont identifiées, argumentées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière portée aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

Référence 21: La prise en charge des analyses de biologie médicale

Critère 21.b Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale

Ce critère n'est pas applicable aux établissements ne disposant pas de laboratoire de biologie.

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le laboratoire de biologie médicale développe une politique institutionnelle de management de la qualité, en tenant compte de l'évolution de la réglementation qui conduit à l'accréditation.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
La démarche qualité est mise en œuvre, avec des échéances déterminées, compatibles avec le respect de la réglementation.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont menées, et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité du laboratoire de biologie médicale.	NA	

Référence 22: La prise en charge des examens d'imagerie médicale

Critère 22.a - Court Séjour

Demande d'examen et transmission des résultats

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Des règles de fonctionnement sont définies, en concertation entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs d'imagerie (y compris externalisés).	Oui	
L'établissement définit un processus de prise en charge des patients devant bénéficier d'un examen d'imagerie médicale.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des outils d'aide à la demande des examens sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
Les demandes médicales d'examen d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées.	Oui	

L'établissement coordonne la réalisation des examens prescrits par le médecin traitant ou hospitalier.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les pratiques sont évaluées, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	
Les délais de transmission des résultats répondent aux besoins des secteurs d'activité, avec une attention particulière aux urgences et aux résultats critiques.	Oui	

Référence 22: La prise en charge des examens d'imagerie médicale

Critère 22.b Démarche qualité en service d'imagerie

Ce critère n'est pas applicable aux établissements ne disposant pas de service d'imagerie.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les secteurs développent un système d'assurance de la qualité.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les examens sont réalisés dans le respect des bonnes pratiques.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Des actions d'évaluation sont menées et s'inscrivent dans le programme d'amélioration de la qualité en imagerie.	NA	

Référence 23: l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage**Critère 23.a - Court Séjour
Education thérapeutique du patient**

Cotation		
	A	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique, au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé, est identifiée.	Oui	
Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP), intégrée à sa prise en charge, sont identifiées.	Oui	
Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre. Si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de	Oui	

proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche, en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.	Oui	
L'établissement définit, dans son plan, une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en œuvre un programme d'ETP).	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
L'évaluation des conditions d'accès et de mise en œuvre des programmes d'ETP (patients, professionnels de santé concernés) donne lieu à des actions d'amélioration.	En grande partie	

Référence 24: La sortie du patient

Critère 24.a - Court Séjour
Sortie du patient



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
La sortie ou le transfert du patient sont organisés en fonction du type de prise en charge et de son état clinique.	Oui	
Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.), lorsque la situation le nécessite.	Oui	
Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval, dans les règles de confidentialité.	Oui	

Les documents nécessaires au suivi du patient lui sont remis.	Oui	
Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation" et de sa valeur de 90 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [83 % - 97 %] pour la campagne de recueil 2011.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval, est évaluée.	Oui	L'établissement recueille l'indicateur "Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation.
La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.	Oui	
Des actions d'amélioration sont mises en place.	Oui	

PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

Référence 25: La prise en charge dans le service des urgences

Critère 25.a
Prise en charge des urgences et des soins non programmés



Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences.

Cotation	NA	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée et connue des acteurs du territoire de santé.	NA	
Le recours aux avis spécialisés, permettant de répondre aux besoins des patients, est organisé et formalisé.	NA	
Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés, selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.	NA	
Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.	NA	
L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi des temps d'attente et de passage, selon le degré d'urgence, est en place.	NA	
Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.	NA	
Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels ainsi que les représentants des usagers, et sont mises en œuvre.	NA	

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'un bloc opératoire.

Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Oui	Le secteur d'activité a analysé et hiérarchisé ses processus à risques sur les deux blocs opératoires général et ambulatoire, à partir d'une cartographie de processus reprenant le parcours et les différentes étapes de la prise en charge du patient au bloc opératoire. Le programme de prévention et de surveillance est établi et suivi dans le cadre des trois revues de direction annuelles.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).	Oui	La cartographie du processus a permis de structurer la démarche qualité autour des moyens indispensables à un fonctionnement de qualité et sécuritaire tant en moyens humains, matériels et logistiques. Les professionnels disposent d'un système documentaire actualisé, de formations spécifiques : infirmières de bloc opératoire ou de salles de soins post-interventionnelles, d'un dispositif de déclaration d'événements indésirables, d'outils d'évaluation que sont les audits, et d'indicateurs permettant le suivi du bon fonctionnement ou la mise en évidence de la nécessité d'actions d'amélioration. La gestion des locaux et des équipements est assurée par le responsable technique en collaboration avec la

	Oui	responsable du bloc.
La charte de fonctionnement, définie et validée par un conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.	Oui	Une charte de bloc validée annuellement par le conseil de bloc est en place. Elle définit les modalités de fonctionnement du bloc opératoire, détermine les circuits de prise en charge en chirurgie réglée, non programmée, ambulatoire et urgente, elle précise les responsabilités et l'organisation de l'élaboration et de la validation du programme opératoire. Chaque praticien a accepté cette charte et se doit de la respecter.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	Une organisation est en place pour assurer la coordination entre les différents secteurs et les différents professionnels sur la prise en charge péri-opératoire. La valeur de l'indicateur "Tenue du dossier d'anesthésie" est de 99 % avec un intervalle de confiance à 95 % = [99 % - 100 %] pour la campagne de recueil 2011.
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information de l'établissement par l'intermédiaire du suivi informatisé du patient accessible au bloc. Les prescriptions médicales postopératoires sont informatisées au départ du bloc opératoire, le dossier d'anesthésie n'est pas encore informatisé ainsi que les diverses traçabilités obligatoires mais la traçabilité est assurée dans toutes les étapes de la prise en charge quels que soient les intervenants sous forme informatique ou papier.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable régule les activités du bloc opératoire, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Un responsable de bloc, cadre infirmier, a pour mission formalisée d'assurer la régulation de l'activité du bloc y compris la prise en charge des urgences, de gérer l'élaboration du programme opératoire en concertation avec la planification, les cabinets médicaux à partir d'un logiciel spécifique, de prévoir les moyens humains compétents et les moyens matériels nécessaires et de gérer les

	Oui	dysfonctionnements potentiels.
La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.	En grande partie	La check-list sécurité patient au bloc opératoire est utilisée pour tous les patients, et sa mise en oeuvre est en grande partie réalisée. Une minorité de praticiens a encore quelques réticences à l'appliquer mais la sensibilisation est quotidienne.
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.	Oui	Le cahier de bloc opératoire permet la traçabilité des dispositifs médicaux implantables, stériles fournis au bloc opératoire sous la responsabilité de la pharmacie. De la même façon, tous les actes sont tracés ainsi que tous les intervenants pour chaque intervention réalisée.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels ont à leur disposition un système documentaire élaboré selon les bonnes pratiques, et l'ensemble du système documentaire est disponible par l'intermédiaire du site Internet de la clinique dans un espace professionnel et revalidé annuellement. Des fiches de préparation d'intervention validées par les praticiens existent, par spécialité ou par praticien.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	Oui	La revue de direction à chaque réunion analyse les effectifs et plannings théoriques et leurs écarts éventuels en pratique, la maintenance des locaux et les équipements, l'inventaire et les besoins en matériel, le système d'information, la gestion des risques et la déclaration des événements indésirables, les procédures, les audits, les indicateurs et leur suivi. Cette analyse permet un bilan des performances en reprenant le suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Les EI spécifiques sont suivis en continu dans le cadre du recueil global de l'établissement, et les EIG sont analysés mensuellement. Le COVIGERIS suit ces événements indésirables lors de ses réunions.

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

Critère 26.b - Radiothérapie
 Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

Critère 26.b - Médecine nucléaire
 Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	NA	
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	NA	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	NA	
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	NA	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats

Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	NA	
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	NA	
La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	NA	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	NA	
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	NA	

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

Critère 26.b - Endoscopie
 Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



Cotation		A
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.	Oui	Le secteur d'activité d'endoscopie a analysé et hiérarchisé ses risques à partir d'une cartographie de processus reprenant le parcours et les différentes étapes de la prise en charge du patient. Le programme de prévention et de surveillance est établi et suivi dans le cadre des trois revues de direction annuelles.
Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.	Oui	La cartographie du processus a permis de structurer la démarche qualité autour des moyens indispensables à un fonctionnement de qualité et sécuritaire tant en moyens humains, matériels et logistiques. Les professionnels disposent d'un système documentaire actualisé, de formations spécifiques nécessaires au bon fonctionnement du secteur d'endoscopie et de la désinfection des endoscopes, d'un dispositif de déclaration d'événements indésirables, d'outils d'évaluation que sont les audits et d'indicateurs permettant le suivi du bon fonctionnement ou la mise en évidence de la nécessité d'actions d'amélioration. La gestion des locaux et des équipements est assurée par l'ingénieur biomédical en collaboration avec la responsable

	Oui	du bloc.
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	Des modalités d'échanges d'informations avec les différents intervenants dans la prise en charge du patient sont en place.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le système d'information du secteur d'endoscopie est intégré au système d'information de l'établissement par l'intermédiaire du suivi informatisé du patient accessible depuis le bloc. Les prescriptions médicales postopératoires sont informatisées au départ du secteur d'endoscopie, le dossier d'anesthésie n'est pas encore informatisé ainsi que les diverses traçabilités obligatoires mais la traçabilité est assurée dans toutes les étapes de la prise en charge quels que soient les intervenants sous forme informatique ou papier.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Le responsable du secteur d'endoscopie du bloc ambulatoire, cadre infirmier, a pour mission formalisée d'assurer la régulation de l'activité d'endoscopie y compris la prise en charge des urgences, de gérer l'élaboration du programme d'endoscopie en concertation avec la planification, les cabinets médicaux à partir d'un logiciel spécifique, de prévoir les moyens humains compétents et les moyens matériels nécessaires et de gérer les dysfonctionnements potentiels.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Les professionnels ont à leur disposition un système documentaire élaboré selon les bonnes pratiques de l'endoscopie, et l'ensemble du système documentaire est disponible par l'intermédiaire du site Internet de la clinique dans un espace professionnel, connu de tous les professionnels et revalidé annuellement.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.	Oui	Le cahier de suivi du secteur d'endoscopie permet la traçabilité des dispositifs médicaux implantables, stériles fournis au bloc opératoire sous la responsabilité de la pharmacie. De la même façon, tous les actes sont tracés ainsi que tous les intervenants pour chaque intervention réalisée.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	Oui	Les événements indésirables sont recueillis par l'intermédiaire des fiches de déclaration des événements indésirables en place sur l'ensemble de l'établissement sur support dédié et sont suivis en continu. Le logiciel de gestion des fiches de déclaration permet d'extraire celles concernant le secteur d'endoscopie. Les événements indésirables graves sont analysés tous les mois, et une évaluation en est faite également trois fois par an par le comité des vigilances et de gestion des risques. Une présentation des événements indésirables en secteur d'endoscopie et leur analyse sont faites systématiquement en revue de direction, ils sont aussi analysés en conseil de bloc et si nécessaire entraînent la tenue d'une RMM ou d'un CREX. Les professionnels sont toujours destinataires des résultats.
La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.	Oui	L'établissement a mis en place des audits réguliers de pratique, il suit des indicateurs concernant le tableau de bord journalier du brancardage, du tableau de bord de présence des praticiens pour gérer les absences ou les interventions hors des plages horaires, le tableau de bord des besoins en personnel. La construction d'un nouveau plateau technique d'endoscopie est en cours, qui va comprendre trois salles d'endoscopie, une SSPI, une unité de désinfection des endoscope et des locaux annexes dédiés à l'activité d'endoscopie. Ce nouveau plateau technique sera plus ergonomique.

Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle**Critère 26.c****Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique**

Ce critère est applicable uniquement aux établissements de santé ayant une prise en charge MCO, hors établissements d'HAD.

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement a formalisé sa participation aux activités ou à un réseau de prélèvement d'organes et de tissus.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont sensibilisés au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, et sont formés, notamment en matière d'information des familles.	Oui	
Dans les établissements autorisés, les bonnes pratiques de prélèvement sont mises en oeuvre.	NA	Au vu du contexte de l'établissement, cet élément est non applicable.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les activités relatives au don d'organes et de tissus à visée thérapeutique sont évaluées et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.	En grande partie	
--	------------------	--

Référence 27: Les activités de soins de suite et de réadaptation**Critère 27.a****Activités de soins de suite et de réadaptation**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la continuité des soins est organisé entre secteurs de soins de suite et de réadaptation, activités clinique, médico-technique, technique et logistique.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Le projet personnalisé de prise en charge, qui comprend une activité de soins de suite et de réadaptation, est élaboré avec le patient, son entourage, et en concertation avec tous les professionnels concernés.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.	Oui	

PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.a

Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



Cotation		
A		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.	Oui	
Des analyses de la morbi-mortalité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.	Oui	
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées, dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	Oui	Compte tenu de la classe pour l'indicateur " Réunion de concertation pluridisciplinaire " et de sa valeur de 95 % = [89 % - 100 %] pour la campagne de recueil 2011.
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP.	Oui	

L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Oui	
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place, afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	Oui	

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles**Critère 28.b
Pertinence des soins**

Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées, et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration.	Oui	
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique assurent le suivi des actions d'amélioration, et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	Oui	
---	-----	--

Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28.c
Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique



Cotation		
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
L'établissement identifie les indicateurs de pratique clinique pertinents au regard de ses activités.	Oui	
E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
L'établissement recueille et analyse les indicateurs de pratique clinique choisis.	Oui	
Une démarche d'amélioration est mise en oeuvre à partir du recueil des indicateurs, lorsque la valeur de l'indicateur le justifie.	Oui	
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	Constats

L'établissement révise régulièrement la liste des indicateurs analysés.	Oui	
---	-----	--

6.INDICATEURS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Les indicateurs généralisés actuellement recueillis

La Haute Autorité de Santé s'est engagée en 2008 dans la première campagne de généralisation du recueil d'indicateurs de qualité.

Le détail des indicateurs généralisés est disponible sur le site internet de la Haute Autorité de Santé :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqs-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-

Éléments de lecture du tableau

Le tableau présente pour chaque année de recueil la valeur de chaque indicateur recueilli par l'établissement ainsi que l'intervalle de confiance de la valeur et le positionnement (en classe +, =, -, Non répondant) de l'établissement par rapport à la valeur seuil fixée à 80%. La valeur de l'indicateur correspond au résultat de l'indicateur pour l'établissement. L'intervalle de confiance (IC) à 95% est l'intervalle dans lequel il y a 95 chances sur 100 de trouver la vraie valeur de l'indicateur pour l'établissement.

Chaque année et pour chaque indicateur, la valeur obtenue par l'établissement est répartie en quatre classes : +, =, -, Non répondant. Les trois premières classes ont été définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95% du score de l'établissement à la valeur seuil 80% pour cet indicateur. Une quatrième classe a été créée pour les « Non répondant ».

- La classe + correspond aux valeurs de résultats significativement supérieures à la valeur seuil.
- La classe = correspond aux valeurs des résultats non significativement différents de la valeur seuil.
- La classe - correspond aux résultats significativement inférieurs à la valeur seuil.
- La classe Non répondant est composée des établissements non répondant.

Remarque :

1. Pour une meilleure lisibilité des résultats, les scores de qualité I1TDP et I1 TDA ont été multipliés par 100.
2. Si la taille de l'échantillon de dossiers de séjours est trop petite, inférieure ou égale à 30 ("Effectif avec N inférieur ou égal à 30"), la méthode statistique de classement fondée sur le calcul de l'intervalle de confiance ne peut pas s'appliquer. L'intervalle de confiance n'est pas calculé et l'établissement n'est pas positionné selon les classes.

Le recueil et la valeur des indicateurs sont pris en compte dans le rapport de certification pour apprécier les critères pour lequel un indicateur est disponible. Le tableau suivant présente synthétiquement les résultats obtenus par l'établissement au regard de l'ensemble des indicateurs recueillis chaque année.

**Résultats des indicateurs de qualité
Dossier du Patient - Champ MCO**

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009			Année 2010			Année 2011			Année 2012		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Tenue du dossier patient (score sur 100)	1144	70	80	1212	72	80	1206	76	80			
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	1141	34	80	1195	40	80	1192	48	80			
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	1144	52	80	1212	61	80	1206	73	80			
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	1136	75	80	1200	79	80	1196	84	80			

Etablissement : CLINIQUE STE MARGUERITE (830100103)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier patient (score sur 100)	76 [73 - 80]		(=)	↗	85 [82 - 88]		(+)	NA	95 [93 - 97]		(+)	↗				
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (%)	50 [39% - 61%]		(-)	→	65 [55% - 75%]		(-)	→	90 [83% - 97%]		(+)	↗				
Traçabilité de l'évaluation la douleur (%)	99 [96% - 100%]		(+)	→	98 [94% - 100%]		(+)	→	100 [100% - 100%]		(+)	→				
Dépistage des troubles nutritionnels - Niveau 1 (%)	98 [94% - 100%]		(+)	↗	100 [100% - 100%]		(+)	→	100 [100% - 100%]		(+)	→				

**Résultats des indicateurs de qualité
Dossier d'anesthésie - Champ MCO**

Référence Nationale

Libellé indicateur	Année 2009			Année 2010			Année 2011			Année 2012		
	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre	Moyenne Nationale		Objectif national à atteindre
	Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur		Nb d'ES	Valeur	
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	1015	75	NA	1012	80	80	1004	84	80			

Etablissement : CLINIQUE STE MARGUERITE (830100103)

Libellé indicateur	Année 2009				Année 2010				Année 2011				Année 2012			
	Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire : Oui				Recueil obligatoire :			
	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.	Valeur IC à 95%	Posit. par rapport à la moy. nat.	Atteinte objectif nat.	Evol. année préc.
Tenue du dossier d'anesthésie (score sur 100)	92 [90 - 94]		NA		95 [93 - 97]		(+)		99 [99 - 100]		(+)					

7.BILAN DES CONTROLES DE SECURITE SANITAIRE

BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT LA SÉCURITÉ SANITAIRE (Uniquement effectués par organismes et autorités externes)

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Circuit du médicament	IRP	19.10.2004	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rapport d'enquête transfert des locaux de la PUI
Stérilisation des dispositifs médicaux	DDASS	15.01.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès verbal de visite de conformité d'une installation de chirurgie esthétique
Désinfection des dispositifs médicaux	certificationAFNOR / AFAQ iso 9001	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Laboratoires d'analyses de biologie médicale	Non concerné	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Infrastructures	Gaz et combustibles : SOCOTEC	30.05.2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
	Chaufferie : SOCOTEC	30.05.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
	Ascenseurs : SOCOTEC	13.07.2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
	Portes automatiques : SOCOTEC	01.02.2012	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
	Gaz médicaux : SOCOTEC	25.11.2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
	Autoclaves : SOCOTEC	16.03.2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Appareils de radioprotection : Bureau VERITAS		21.12.2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Sécurité incendie - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input checked="" type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input type="checkbox"/>	Commission Communale de Sécurité	20.05.2010	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Sécurité électrique	APAVE	29.07.2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-

DOMAINES DE SÉCURITÉ	ORGANISME DE CONTRÔLE	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			OBSERVATIONS ÉTABLISSEMENT
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
Hygiène alimentaire et eau d'alimentation	DDSV	09.04.2009	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Eaux à usage médical	Contrôle interne	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Eaux à usage technique	Contrôle interne	-	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Eaux chaudes sanitaires	ALPABIO	24.01.2012	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	DDASS	15.01.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès verbal de visite de conformité d'une installation de chirurgie esthétique
Déchets à risques radioactifs	Non concerné	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides	Non concerné	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Produits sanguins labiles	EFS	19.09.2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Sécurité anesthésique	DDASS	15.01.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès verbal de visite de conformité d'une installation de chirurgie esthétique
Secteur opératoire	DDASS	15.01.2008	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procès verbal de visite de conformité d'une installation de chirurgie esthétique
Imagerie et exploration fonctionnelle	ASN	12.06.2008	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorisation d'installation d'un appareil scanographe sur le site de la Clinique Sainte-Marguerite
Radiothérapie	Non concerné	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Prévention des risques liés à l'inhalation de poussière d'amiante	ARS	19.11.2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-